



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ALINE CRISTINA ZERWES FERREIRA

TENTATIVA DE SUICÍDIO POR PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A  
SUBSTÂNCIAS EM TRATAMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

CURITIBA

2020

ALINE CRISTINA ZERWES FERREIRA

TENTATIVA DE SUICÍDIO POR PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A  
SUBSTÂNCIAS EM TRATAMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, na linha de pesquisa Políticas e Práticas de Saúde, Educação e Enfermagem, do Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como parte das exigências para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mariluci Alves Maftum

CURITIBA

2020

Ferreira, Aline Cristina Zerwes

Tentativa de suicídio por pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas [recurso eletrônico] / Aline Cristina Zerwes Ferreira – Curitiba, 2020.

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.  
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2020.  
Orientadora: Profa. Dra. Mariluci Alves Maftum

1. Tentativa de suicídio. 2. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 3. Saúde mental. 4. Serviços de saúde mental. 5. Enfermagem psiquiátrica. I. Maftum, Mariluci Alves. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.858445



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -  
40001016045P7

### TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Tese de Doutorado de **ALINE CRISTINA ZERWES FERREIRA**, intitulada: **TENTATIVA DE SUICÍDIO POR PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS EM TRATAMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**, sob orientação da Profa. Dra. MARILUCI ALVES MAFTUM, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de Doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 17 de Fevereiro de 2020.

MARILUCI ALVES MAFTUM  
Presidente da Banca Examinadora

ADRIANA INOCENTI MIASSO  
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/ RIBEIRÃO PRETO)

MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI  
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

LUCIANA PUCHALSKI KALINKE  
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

ROSIBETH DEL CARMEN MUÑOZ PALM  
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, em especial a meus pais Carla e Raul e a meu irmão Diego, que são meus exemplos de vida e meu alicerce, por me incentivarem e serem força, determinação e serenidade. Amo vocês!

Ao Raphael, meu companheiro de vida e minha calma em meio às tempestades. Agradeço pelo afeto, parceria, incentivo e por acreditar em mim. Amo você!

À Profª Drª Mariluci Alves Maftum, pela dedicação, orientação, paciência, incentivo e confiança nos últimos onze anos. Sua disponibilidade e seu profissionalismo foram fundamentais na minha formação da prática profissional na assistência, educação e pesquisa. Minha profunda admiração!

À amiga Fernanda Carolina Capistrano, que percorreu comigo a trajetória de iniciação científica, mestrado e doutorado. Sua amizade, seu apoio e seu conhecimento foram essenciais para a construção desta tese.

Aos colegas do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem (NEPECHE), Caio Cezar da Fonseca Vale, Camila Bonfim de Alcântara, Manuela Kaled, Mariana Farias e Thalita Lins Soares Silveira, por auxiliarem na coleta de dados e por favorecerem reflexões e construções de conhecimento.

Aos professores que compuseram a banca de defesa, Profª Drª Adriana Inocenti Miasso, Profª Drª Luciana Puchalski Kalinke, Profª Drª Maria de Fátima Mantovani e Profª Drª Rosibeth Del Carmen Muñoz Palm.

À Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e à Fundação Estatal de Atenção à Saúde por viabilizarem a realização desta pesquisa nos Centros de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas, em especial a Juliana Czarnobay.

Às pessoas com transtornos relacionados a substâncias, especialmente aquelas que participaram desta pesquisa, pela abertura e compartilhamento de vivências. Sem a disponibilidade de vocês, a realização deste estudo não seria viável.

Aos meus amigos e colegas de trabalho do Centro de Atenção Psicossocial CIC, que compartilharam comigo minhas angústias.

À Universidade Federal do Paraná, que viabilizou ensino público e de qualidade durante o bacharelado e a licenciatura em Enfermagem, o mestrado e o doutorado, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento.

*"I shut my eyes and all the world drops dead  
I lift my lids and all is born again".*

Sylvia Plath

## RESUMO

A tentativa de suicídio, compreendida como um ato não fatal perpetrado pela pessoa com intuito de retirar a própria vida, é uma prática frequente entre as pessoas que utilizam substâncias de modo abusivo, fato este que ocasiona consequências expressivas no âmbito individual, familiar e social. Assim, este estudo teve como objetivo avaliar a tentativa de suicídio durante a vida por pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas; e, especificamente, analisar as associações das variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico e econômico, clínico e terapêutico das pessoas com transtornos relacionados a substâncias com o desfecho: tentativa de suicídio durante a vida. Estudo epidemiológico, observacional e transversal, feito em três Centros de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas III do município de Curitiba (PR), com 137 pessoas com transtornos relacionados a substâncias. Os dados foram coletados entre abril e novembro de 2018 pela aplicação dos instrumentos *Addiction Severity Index* 6ª versão, *Columbia Suicide Severity Rating Scale*, Medida de Adesão aos Tratamentos e instrumento próprio, com questões adicionais de tentativa de suicídio e de consulta ao prontuário quanto a diagnóstico e prescrição medicamentosa. A análise foi feita de modo descritivo e inferencial com auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* e Stata. Os resultados mostraram que 71 (51,8%) participantes apresentaram tentativa de suicídio durante a vida, sendo a autointoxicação por medicamentos o método mais frequente em 32 (26,5%) pessoas, e a letalidade da tentativa com ausência de danos físicos ou danos muito leves ocorreu em 26 (36,6%). Na análise univariada, os principais aspectos associados à tentativa foram: tempo maior ou igual a 10 dias de problemas físicos no último mês, vivenciar pensamentos suicidas ativos com planejamento e com intenção, maior intensidade da ideação, ter realizado comportamentos preparatórios, histórico de tentativa de suicídio interrompida, sentimentos depressivos na vida, histórico familiar de transtorno mental, internação em hospital psiquiátrico, considerar extremamente importante o tratamento em saúde mental, ter prescrição de medicamentos e utilizar antidepressivos. Na análise múltipla, o modelo final apresentou que a variável pensamentos suicidas ativos com intenção e planejamento alguma vez na vida permaneceu independentemente associada ao histórico prévio de tentativa de suicídio, sendo 2,87 mais quando contrastados com aqueles que apresentaram desejo de morrer. Conclui-se que, neste estudo, entre as pessoas com transtornos relacionados a substâncias, a tentativa de suicídio durante a vida se mostra complexa frente à heterogeneidade dos aspectos associados à área clínica e terapêutica. Acredita-se que os resultados obtidos podem subsidiar a prática profissional da equipe de saúde e dos gestores para implementação de estratégias terapêuticas preventivas ao suicídio, voltadas às pessoas com transtornos relacionados a substâncias.

Palavras-chave: Tentativa de Suicídio. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Saúde Mental. Serviços de Saúde Mental. Enfermagem Psiquiátrica.

## ABSTRACT

The suicide attempt, understood as a non-fatal act perpetrated by the person with the intention of ending their own life, is a frequent practice among people in abusive use of substances, a fact that causes significant individual, family and social consequences. Thus, the objective of this study was to evaluate the suicide attempt during of people with substance-related disorders under treatment in Psychosocial Care Centers for alcohol and other drugs; and, specifically, analyze the association of variable related to social demographic and economic, clinic and therapeutic profile from people with substance use disorder leading to: suicide attempt in lifetime. Epidemiologic cross-sectional observational study carried out in three Psychosocial Care Centers for alcohol and other drugs III in the city of Curitiba, Paraná, Brazil, with 137 people with substance-related disorders. The data were collected between April and November 2018 from the application of the instruments: Addiction Severity Index 6<sup>th</sup> version, Columbia Suicide Severity Rating Scale, Treatment Adherence Measure and an instrument created by the authors, with additional questions related to suicide attempt and medical record while diagnosis and drug prescription. The analysis was descriptive and inferential using the program Statistical Package for the Social Sciences, and Stata. The results showed that 71 (51.8%) participants had attempted suicide, with self-intoxication by medicine as the most prevalent method in 32 (26.5%), and the lethality of attempt with no physical damage or very mild damage in 26 (36.6%). In the univariate analysis, the main aspects associated with the attempt were: time greater than or equal to 10 days of physical problems in the last month, experiencing active suicidal thoughts with planning and intention, greater intensity of ideation, having carried out preparatory behaviors, history of interrupted suicide attempt, feelings of depression in life, family history of mental disorder, hospitalization in a psychiatric hospital, considering extremely important the treatment in mental health, having prescription of medicines and use of antidepressants. In the multiple analysis, the final model showed that the variable active suicidal thoughts with intention and planning some time in life remained independently associated with the history of prior suicide attempt, having 2,87 higher rate when compared against individuals that presented wish to be death. This study concludes that, among people with substance-related disorders, suicide attempt during life is complex regarding the heterogeneity of the aspects associated with the clinical and therapeutic area. The results obtained may subsidize the professional practice of the health team and managers for implementing suicide prevention therapeutic strategies focused on people with substance-related disorders.

**Keywords:** Suicide, Attempted. Substance-Related Disorders. Mental Health. Mental Health Services. Psychiatric Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1	–	ESTRATÉGIAS DE BUSCA UTILIZADAS NAS BASES DE DADOS – LILACS, MEDLINE E CINAHL.....	36
FIGURA 1	–	FLUXOGRAMA DE IDENTIFICAÇÃO, TRIAGEM, ELEGIBILIDADE E INCLUSÃO DOS ARTIGOS.....	37
FIGURA 2	–	FLUXOGRAMA DE INCLUSÃO DE PARTICIPANTES NO ESTUDO.....	42
QUADRO 2	–	DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS DA REVISÃO INTEGRATIVA, SEGUNDO TÍTULO, AUTORES, ANO E PERIÓDICO.....	55
GRÁFICO 1	–	TIPOS DE TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS INVESTIGADOS NOS ESTUDOS DA REVISÃO INTEGRATIVA.....	58
QUADRO 3	–	ASPECTOS ASSOCIADOS À IDEAÇÃO E COMPORTAMENTOS SUICIDAS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS NA LITERATURA.....	60



## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	– INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE IDEAÇÃO E/OU COMPORTAMENTOS SUICIDAS UTILIZADOS NOS ARTIGOS DA REVISÃO INTEGRATIVA. CURITIBA, 2017.....	59
TABELA 2	– CARACTERÍSTICAS DA TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS. CURITIBA, 2018.....	63
TABELA 3	– DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.....	64
TABELA 4	– DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS SOBRE FAMÍLIA E ATIVIDADES SOCIAIS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.....	66
TABELA 5	– DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIAIS SOBRE ASPECTOS JUDICIAIS E CRIMINAIS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.....	68
TABELA 6	– DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS SOBRE SAÚDE FÍSICA DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.....	69
TABELA 7	– DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS SOBRE USO DE ÁLCOOL DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.....	71

TABELA 8	–	DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS SOBRE USO DE SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.....	73
TABELA 9	–	DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS SOBRE IDEAÇÃO E COMPORTAMENTOS SUICIDAS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.....	76
TABELA 10	–	DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS SOBRE ASPECTOS DE SAÚDE MENTAL DE PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.....	79
TABELA 11	–	DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS SOBRE VIVÊNCIA DE EVENTOS ESTRESSORES DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.....	81
TABELA 12	–	CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DO ASI 6 E AS VARIÁVEIS SEM HISTÓRICO DE TENTATIVA DE SUICÍDIO E COM HISTÓRICO. CURITIBA, 2018.....	82
TABELA 13	–	DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO PERFIL TERAPÊUTICO DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.....	83
TABELA 14	–	RAZÃO DE PREVALÊNCIA DAS VARIÁVEIS ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO. CURITIBA, 2018.....	85

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ASI-6	–	<i>Addiction Severity Index 6</i>
CAPS	–	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	–	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas
CAPS AD III	–	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas III
CINAHL	–	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
C-SSRS	–	<i>Columbia Suicide Severity Rating Scale</i>
DeCS	–	Descritores em Ciências da Saúde
DSM V	–	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V</i>
LILACS	–	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAT	–	Medida de Adesão aos Tratamentos
MEDLINE	–	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	–	<i>Medical Subject Headings</i>
NEPECHE	–	Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem
PTS	–	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	–	Rede de Atenção Psicossocial
SPSS	–	<i>Software Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	–	<i>World Health Organization</i>
UFPR	–	Universidade Federal do Paraná

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>HIPÓTESES DO ESTUDO .....</b>	<b>31</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>32</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	32
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>33</b>
4.1	REVISÃO INTEGRATIVA.....	33
4.2	ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO, OBSERVACIONAL E TRANSVERSAL.....	39
4.2.1	Local de estudo.....	40
4.2.2	População alvo e amostra.....	41
4.2.3	Instrumentos de coleta de dados.....	43
4.2.3.1	Instrumento 1 – <i>Columbia-Suicide Severity Rating Scale</i> .....	43
4.2.3.2	Instrumento 2 – <i>Addiction Severity Index - Version 6</i> .....	45
4.2.3.3	Instrumento 3 – Medida de Adesão aos Tratamentos.....	46
4.2.3.4	Instrumento 4 – Elaboração própria.....	47
4.2.4	Capacitação dos entrevistadores.....	47
4.2.5	Teste piloto.....	48
4.2.6	Coleta de dados.....	49
4.2.7	Variáveis do estudo.....	51
4.2.8	Análise dos dados.....	51
4.2.9	Aspectos éticos.....	52
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>54</b>
5.1	RESULTADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA.....	54
5.2	RESULTADOS DO ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO, OBSERVACIONAL E TRANSVERSAL.....	62
5.2.1	Caracterização da tentativa de suicídio durante a vida.....	62
5.2.2	Perfil sociodemográfico e econômico, clínico e terapêutico das pessoas com transtornos relacionados a substâncias e associação com tentativa de suicídio durante a vida.....	64
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>87</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>109</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>112</b>
<b>APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS ESTUDOS DA REVISÃO INTEGRATIVA.....</b>	<b>135</b>
<b>APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO PRÓPRIO PARA COLETA DE DADOS ADICIONAIS SOBRE AS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS.....</b>	<b>137</b>
<b>APÊNDICE 3 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES DO ESTUDO.....</b>	<b>141</b>
<b>APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>150</b>
<b>ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO COLUMBIA SUICIDE SEVERITY RATING SCALE .....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO 2 – INSTRUMENTO ADDICTION SEVERITY INDEX 6...</b>	<b>153</b>
<b>ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO ADDICTION SEVERITY INDEX 6...</b>	<b>170</b>
<b>ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO.....</b>	<b>171</b>
<b>ANEXO 5 – INSTRUMENTO DE MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS.....</b>	<b>172</b>
<b>ANEXO 6 – CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE TREINAMENTO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO C-SSRS.....</b>	<b>173</b>
<b>ANEXO 7 – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....</b>	<b>174</b>
<b>ANEXO 8 – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA.....</b>	<b>177</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O termo suicídio deriva do latim *sui* (auto) *cidium* (matar) e expressa um ato fatal perpetrado pela própria pessoa, decorrente da sua volição de morrer, considerado como uma emergência psiquiátrica (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Esse conceito passou a ser reconhecido na sociedade durante o século XVII e apresentou, no transcorrer do tempo, diversas definições, conquanto a ideia principal se volta ao ato de findar a própria vida (BOTEGA, 2015).

O suicídio se configura, mundialmente, como um crescente problema de saúde pública, evitável, reconhecido como um fenômeno complexo, de múltiplas determinações e dimensionalidades ao sofrer influências de diversos fatores inter-relacionados (BRASIL, 2017a; FERREIRA et al., 2019a). As mortes por suicídio, recorrentes em adultos jovens e de meia idade, ocasionam relevantes efeitos nocivos à economia e à sociedade e uma carga psicológica expressiva aos indivíduos, à família e à comunidade (WHO, 2014).

Estatísticas da *World Health Organization* (WHO) evidenciam que, aproximadamente, 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano, representando uma taxa anual de 11,4 casos de suicídio por 100 mil habitantes – 15 para homens e 8 para as mulheres. A população jovem é a mais afetada, sendo o suicídio a segunda causa de morte em pessoas com idade entre 15 e 29 anos (WHO, 2014, 2017).

Dados epidemiológicos mostram que 55.649 óbitos no Brasil foram atribuídos ao suicídio entre 2011 e 2015, representando uma taxa geral de 5,5 casos de suicídio por 100 mil habitantes, sendo a taxa de 8,7 para homens e de 2,4 para mulheres (BRASIL, 2017b). De acordo com a WHO (2017), a taxa bruta de suicídio no Brasil, no ano de 2015, foi de 6,3 casos para cada 100 mil habitantes.

Especificamente no Estado do Paraná, um estudo com objetivo de analisar a distribuição epidemiológica da mortalidade por suicídio, entre 1996 e 2012, elucidou que a taxa média de óbitos por suicídio foi de 8,4 casos para cada 100 mil habitantes (ROSA et al., 2017). Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 2015, o Paraná contabilizou 721 óbitos notificados como lesões autoprovocadas intencionalmente, destes óbitos, 101 foram atribuídos, especificamente, ao município de Curitiba (BRASIL, 2017c).



Com a evolução temporal, distintas abordagens e definições foram empregadas para representar o problema conceitual dos eventos suicidas (YERSHOVA et al., 2016), resultando em uma inexistência significativa de linguagem padrão sobre o tema e uma variabilidade de terminologias para expressar o mesmo comportamento (POSNER et al., 2007a; YERSHOVA et al., 2016).

Em um esforço para padronizar as terminologias comuns sobre os eventos suicidas, um grupo de pesquisadores da Universidade de Columbia, nos Estados Unidos da América, criou um sistema de classificação de ideação e comportamento suicida, embasado nos conhecimentos científicos e empíricos sobre esse fenômeno e nos principais fatores de risco (POSNER et al., 2007a, 2011).

Posner et al. (2014) e Yershova et al. (2016) contextualizam que os eventos suicidas podem ser distinguidos em ideação suicida e comportamentos suicidas, conceitos anteriormente sobrepostos, haja vista que cada um desses domínios nem sempre coexistem e têm características preditivas distintas. A ideação suicida compreende os pensamentos passivos sobre desejar estar morto ou os pensamentos ativos sobre tirar a própria vida sem a concretização de atos preparatórios (POSNER et al., 2011; POSNER et al., 2014).

Os comportamentos suicidas são subdivididos em cinco ações, de acordo com as ações empreendidas pela pessoa, em: **suicídio, tentativa de suicídio, tentativa de suicídio interrompida, tentativa de suicídio abortada e atos preparatórios**. O **suicídio** é definido como um comportamento lesivo autoinfligido que resulta em fatalidade, devendo estar associado a alguma intencionalidade de morte em decorrência do ato exercido (POSNER et al., 2014).

As **tentativas de suicídio**, objeto deste estudo, correspondem aos comportamentos potencialmente autolesivos, associados a alguma intencionalidade de morte em decorrência do ato empreendido. Os indícios de intenção de morte na tentativa de suicídio podem ser considerados explícitos ou implícitos pelo tipo de comportamento ou contexto (POSNER et al., 2007a; POSNER et al., 2014).

Configura-se tentativa **de suicídio interrompida** quando o indivíduo é impedido, por causas externas, de iniciar o ato autolesivo; enquanto a **tentativa de suicídio abortada** é compreendida quando a pessoa inicia a tomada de medidas para

empreender a tentativa de suicídio, no entanto, desiste antes de concretizar qualquer tipo de comportamento. Os **atos preparatórios** correspondem às providências e às preparações do método da tentativa de suicídio (POSNER et al., 2014).

Segundo a WHO (2014), estima-se que para cada morte por suicídio no mundo haja mais de vinte pessoas que tentam o suicídio, ocasionando um significativo impacto econômico e social em decorrência da utilização dos serviços de saúde para o tratamento das lesões, das possíveis incapacidades a curto e longo prazo e da carga psicológica e social que envolve esse ato.

A tentativa de suicídio prévia é considerada o fator de risco mais contundente para um suicídio subsequente entre a população geral (WHO, 2014). Estudos nacionais e internacionais asseguram que o histórico de tentativa é um fator preditivo para uma nova tentativa e para a morte por suicídio (BRITTON; CONNER, 2010; ZHANG; CONNER; PHILLIPS, 2012; VÁSQUEZ et al., 2013).

Nesta perspectiva, um estudo de seguimento desenvolvido com 6.744 pessoas cadastradas no sistema de justiça criminal da Suécia evidenciou que os indivíduos que morreram por suicídio eram mais propensos a apresentar tentativa de suicídio prévia (OLSSON et al., 2016). Coadunando com esses aspectos, o estudo de Mustanski e Liu (2013) ressaltou que os indivíduos com histórico de tentativa de suicídio apresentaram dez vezes mais chance de promover outra tentativa no período de um ano, quando comparados aos indivíduos que nunca haviam tentado contra a própria vida.

De acordo com o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde sobre tentativas e óbitos por suicídio entre os anos 2011 e 2016, houve 48.204 notificações de tentativa no Brasil, sendo 33.269 (69%) por mulheres e 14.931 (31%) por homens. O perfil das pessoas que tentaram suicídio, em ambos os sexos, mostrou predominância de caucasianos, com baixa escolaridade, entre a faixa etária de 10 a 39 anos, com algum transtorno mental, com residência em área urbana e, especificamente, na Região Sudeste e Sul do País (BRASIL, 2017b).

Destaca-se que uma maior incidência de tentativas de suicídios, de acordo com a localização, pode não representar a realidade deste agravo no Brasil, haja vista que algumas regiões podem apresentar a identificação e a notificação do agravo de modo mais satisfatório, assim como organizações mais efetivas da rede de saúde (BRASIL,

2019a). No entanto, ressalta-se, com base na literatura, que regiões povoadas por imigrantes de nacionalidade europeia apresentam maiores números de violência autoinfligida (PINTO et al., 2017).

Estudo que analisou as internações brasileiras por tentativas de suicídio nos hospitais públicos de 1998 a 2014 evidenciou o internamento de 153.061 pessoas por tentativa de suicídio: 61,2% do sexo masculino e 38,8% do sexo feminino. O envenenamento por substâncias não medicamentosas foi o método prevalente em 38% da amostra, sequenciado de envenenamento por substâncias medicamentosas em 32,4% e por objetos cortantes ou penetrantes ou contundentes em 8,3%. Ressalta-se que a taxa de hospitalizações por tentativa de suicídio em 2014 foi de 5,1 casos para 100 mil habitantes (MARTINS JUNIOR et al., 2016).

Acredita-se que o número de tentativas de suicídio seja ainda mais expressivo que os publicados pelos sistemas de informação de saúde, uma vez que a cada três tentativas de suicídio, apenas uma necessita de atendimento em serviços de saúde (BOTEGA et al., 2009; BOTEGA, 2014). Ademais, o preconceito e o estigma social emanados dos indivíduos que têm comportamentos suicidas e dos seus familiares frequentemente favorecem a subnotificação dos casos, em decorrência da dificuldade de acesso aos dados e da confiabilidade das informações (ROSA et al., 2016).

As ideações e os comportamentos suicidas são visualizados como um fenômeno complexo frente à heterogeneidade etiológica e aos fatores de risco por diferirem entre sexo, idade, áreas geográficas e configurações políticas (TURECKI; BRENT, 2016).

Os fatores de risco frequentemente estão relacionados aos sistemas de saúde, à sociedade, à comunidade, aos relacionamentos e ao âmbito individual. Acredita-se que esses fatores atuem de modo cumulativo e intensifiquem a vulnerabilidade do indivíduo no desenvolvimento de comportamentos suicidas (WHO, 2014).

Entre os aspectos individuais, a literatura evidencia que a presença de diagnóstico de transtorno mental é considerada um dos proeminentes fatores de risco para morte por suicídio (CRUMP et al., 2014; WHO, 2014; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Ao buscar associar o suicídio com os transtornos mentais, um estudo apontou que, entre 3.275 mortes por suicídios identificados na literatura, 87,3% das pessoas apresentavam transtorno mental (ARSENAULT-LAPIERRI; KIM; TURECKI, 2004).

Essa perspectiva é confirmada por um estudo populacional de coorte na Suécia, com 7.140.589 pessoas, entre 2001 e 2008, que evidenciou que diagnósticos de transtornos mentais estavam entre os fatores de risco relevantes para o suicídio durante o período de oito anos (CRUMP et al., 2014). Enfatiza-se que os transtornos mentais são responsáveis por dois terços da carga de suicídio no mundo (FERRARI et al., 2014).

Entre os transtornos mentais, é consensual na literatura que os relacionados a substâncias configuram um fator de risco para o desenvolvimento de comportamentos suicidas (ALMEIDA; FLORES; SCHEFFER, 2013; VÁSQUEZ et al., 2013; WHO, 2014; CAPRON et al., 2016; KHEMIRI et al., 2016; TURECKI; BRENT, 2016; OSTERGAARD; NORDENTOFT; HJORTHJØJ, 2017; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Nesta perspectiva, um estudo de metanálise feito em 2015, com o objetivo de verificar associação entre transtornos relacionados a substâncias e suicídio com base em evidências atuais, destacou que os transtornos relacionados a substâncias estão fortemente associados à ideação suicida, à tentativa e à morte por suicídio e representam, conseqüentemente, um fator preditivo para a morte prematura (POOROLAJAL et al., 2016).

Evidências científicas apontam que apresentar quaisquer transtornos relacionados a substâncias aumenta em três vezes o risco de consumação do suicídio, quando comparado à população geral. Ademais, estima-se que, aproximadamente, 60% dos indivíduos em tratamento em serviços de saúde que apresentam transtornos relacionados a substâncias ilícitas promovem pelo menos uma tentativa de suicídio durante o período de dez anos, enquanto metade dos indivíduos com transtornos relacionados ao álcool também tentam contra a própria vida (OSTERGAARD; NORDENTOFT; HJORTHJØJ, 2017).

Ter posse de quantidades letais das substâncias psicoativas, utilizar substâncias ilícitas, ter estilo de vida caótico devido à prioridade à droga, ter hábitos comportamentais de risco e ter maiores níveis de impulsividade são alguns fatores identificados como predisponentes ao comportamento suicida em pessoas com transtornos relacionados a substâncias, mormente quando estão em estado depressivo ou sob o efeito de, pelo menos, uma substância (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Pessoas com transtornos relacionados a substâncias comumente vivenciam intensos sintomas depressivos, bem como inúmeros eventos de vida estressantes em decorrência do consumo de substâncias, tais como: rompimentos afetivos, problemas de relacionamento interpessoal, desemprego, problemas legais e de saúde, fatos que intensificam o risco de o indivíduo empreender comportamentos suicidas (YUODELIS-FLORES; RIES, 2015).

Os transtornos por uso de substâncias são caracterizados pelo consumo contínuo de substâncias psicoativas de modo mal adaptativo, o que favorece o surgimento de alterações fisiológicas, comportamentais e cognitivas, apesar das consequências nocivas relacionadas a essa prática (APA, 2014). O desenvolvimento do transtorno é resultado de um processo multifatorial que ocasiona influências no comportamento de consumir substâncias e, principalmente, na capacidade de o indivíduo ter discernimento sobre esse consumo (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Estimativas do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes evidenciam que 271 milhões de pessoas, número que corresponde a 5,5% da população mundial entre 15 e 64 anos, utilizam drogas ao menos uma vez ao ano, destes, aproximadamente 35 milhões apresentam transtornos relacionados a substâncias (UNODC, 2019).

Quanto aos dados globais, aproximadamente 585 mil pessoas morreram em 2017 de modo prematuro em decorrência do consumo de substâncias. Somando-se a essa problemática, cerca de 422 milhões de anos de vida saudáveis perdidos são atribuídos a transtornos relacionados a substâncias (UNODC, 2019).

De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas, no Brasil, do total da população adulta, 6% utilizaram tranquilizantes no período de um ano, 2,5% maconha, 1,7% cocaína aspirada, 1,1% estimulantes e 0,7% crack. A prevalência de transtornos relacionados ao álcool em brasileiros mostrou ser de aproximadamente 10,5% para homens e de 3,6% para mulheres (INPAD, 2014).

Ainda, os dados nacionais sobre os transtornos relacionados a substâncias apontam que 12,3% da população brasileira apresenta um quadro de dependência ao álcool, 1,2% à maconha, 0,2% a solventes, 0,5% a benzodiazepínicos e 0,2% a estimulantes (BRASIL, 2009).

Os transtornos relacionados a substâncias são compreendidos como uma das principais condições crônicas de saúde que ocasionam um expressivo problema de saúde pública frente à sua alta prevalência, aos elevados custos sociais e econômicos e aos impactos legais, laborais, na saúde física e mental e nos relacionamentos interpessoais (NIMTZ et al., 2016; SILVA et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2017).

Estes transtornos são externalizados por algum nível de sofrimento ou de consequências nocivas ao indivíduo em decorrência do consumo intensivo de substâncias psicoativas, especificamente do álcool, de alucinógenos, da cafeína, de estimulantes, de inalantes, de maconha, de opioides, de outras substâncias desconhecidas e de sedativos, hipnóticos e ansiolíticos (APA, 2014).

A classificação diagnóstica para transtornos relacionados a substâncias pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* em sua 5ª edição (DSM V) evidencia a presença de quatro principais categorias: intoxicação por uso de substância referente ao surgimento de uma síndrome reversível ocasionada pelo consumo recente de uma substância específica; abstinência de substância, representada por alterações físicas, de comportamento e de cognição, decorrentes da redução ou interrupção do consumo de substâncias; transtornos mentais induzidos pelo consumo de substâncias; e transtorno por uso de substâncias (APA, 2014; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Em consonância com o DSM V, os transtornos por uso de substâncias são classificados pela identificação de 11 critérios diagnósticos, os quais podem ser aplicados a todas as classes de substâncias, com exceção da cafeína. O reconhecimento de dois ou três critérios classifica o transtorno por uso de substâncias como leve; de quatro ou cinco critérios, como moderado; enquanto a presença de seis ou mais critérios determina um transtorno grave (APA, 2014).

Os quatro primeiros critérios correspondem, de modo geral, a um baixo controle do consumo e são expressos pelo uso da substância em maior intensidade ou frequência do que estimado inicialmente; pelo desejo de diminuir ou estabilizar o consumo de substâncias ou pela verbalização de empenhos malsucedidos para redução ou interrupção do consumo; pelo desperdício de tempo em decorrência da substância, seja para sua obtenção, utilização ou recuperação dos seus efeitos; e pelo desejo intenso de consumir a substância (APA, 2014).



O segundo grupo de critérios representa a degradação social procedente do consumo de substâncias, evidenciada pela continuidade do uso da droga, apesar dos problemas sociais ou interpessoais, e pelo abandono ou redução de atividades sociais, profissionais ou de lazer em razão do uso de substâncias (APA, 2014).

O uso arriscado da substância exprime o terceiro grupo de critérios, que corresponde ao uso habitual de substâncias em circunstâncias que coloquem em risco iminente a integridade física e ao uso da substância ainda que consciente dos problemas físicos ou psicológicos, decorrentes ou intensificados pela substância (APA, 2014).

O último grupo de critérios diagnósticos aborda os critérios farmacológicos relacionados à tolerância da substância, necessidade de consumir substâncias em doses maiores para atingir o efeito almejado, e à experiência da abstinência que corresponde a síndrome fisiológica que ocorre após as concentrações sanguíneas da substância declinarem após o consumo intenso e prolongado da droga (APA, 2014).

Considerando as consequências evidenciadas pelo consumo de substâncias, a história de vida da pessoa com transtornos relacionados a substâncias, a convivência diária com as substâncias, os momentos de fissura e os relacionamentos interpessoais e familiares conflituosos, o indivíduo vivencia intensos momentos de apreensão, tristeza, desânimo, culpa, ansiedade e desespero, que podem favorecer a manifestação desses sentimentos pela tentativa de suicídio (RIBEIRO et al., 2016).

À medida que os indivíduos vivenciam as crises inerentes ao desenvolvimento humano ou às circunstâncias de vida, comumente se intensificam as emoções negativas, os sentimentos de impotência e a dificuldade de resolubilidade dos problemas, como consequência, algumas pessoas se tornam incapazes de reagir e se adaptar às situações adversas, acentuando a vulnerabilidade para a tentativa de suicídio, que passa a ser compreendida como a única solução viável para cessar o sofrimento (BOTEGA, 2015).

A frequência de tentativa de suicídio prévia entre as pessoas em tratamento para os transtornos relacionados a substâncias apresenta variações entre 17% e 45%, aproximadamente (OLIÉ; TRAVERS; LOPEZ-CASTROMAN, 2016). Este panorama é confirmado por um estudo feito na capital da Polônia com 386 pessoas inscritas em programas terapêuticos para tratamento de transtornos relacionados ao álcool, o qual

evidenciou que 31,9% relataram ter ao menos um histórico de tentativa de suicídio durante a vida (JAKUBCZYK et al., 2014).

Estudo desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas III de Minas Gerais, em 2014 e 2015, identificou que aproximadamente 40 (32,5%) das pessoas com transtornos relacionados a substâncias tentaram suicídio alguma vez em suas vidas, com a média de duas tentativas por pessoa. Os métodos frequentemente utilizados nessa população foram a autointoxicação por medicamentos, substâncias psicoativas, produtos químicos, gases e vapores em 36 (32,7%), sequenciado da asfixia por enforcamento, estrangulamento e sufocação em 24 (21,8%) (CANTÃO; BOTTI, 2016).

A seleção dos métodos de perpetração da tentativa de suicídio se sujeita à disponibilidade dos meios letais, à intenção implícita do indivíduo ao comportamento autolesivo e às predileções, crenças e valores individuais (BOTEGA, 2015).

Estudos evidenciam que as pessoas com transtornos relacionados a substâncias apresentam maior propensão a realizar tentativas de suicídio por autointoxicação de substâncias (HUISMAN; HOUWELINGEN; KERKHOF, 2010; TREVISAN; SANTOS; OLIVEIRA, 2012; CANTÃO; BOTTI, 2016). Segundo Huisman, Houwelingen e Kerkhof (2010), o uso desse método por essa população, possivelmente, se deve ao fato de que ambos os comportamentos – suicida e de consumir substâncias psicoativas – apresentam o uso de substâncias como medida de alteração da consciência e de fuga da realidade.

Entre os diversos fatores de risco para a tentativa de suicídio, os relacionados ao sistema de saúde e à sociedade são expressos pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, inapropriada cobertura midiática, acessibilidade aos meios de suicídio e o estigma social que desfavorece a busca por ajuda profissional (WHO, 2014).

O ambiente em que o indivíduo está inserido e as relações interpessoais estabelecidas estão frequentemente associadas aos comportamentos suicidas, assim, os principais fatores de risco relacionados à comunidade e aos relacionamentos são: viver em ambientes de guerra, conflito ou desastres; estar em processo de aculturação; sofrer algum tipo de discriminação, abuso ou trauma; ter baixo apoio social; e apresentar relações interpessoais conflituosas ou de perdas (WHO, 2014).

Os fatores de risco individuais para comportamentos suicidas constituem aspectos singulares do indivíduo, mutáveis e imutáveis, que estão intimamente relacionados a aspectos sociodemográficos, econômicos, biológicos, psicológicos, psiquiátricos, de problemas físicos e de comportamentos suicidas anteriores (WHO, 2014; BOTEAGA, 2015; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Entre as pessoas com transtornos relacionados a substâncias, a literatura evidencia fatores específicos para o desenvolvimento de comportamentos suicidas, tais como: maiores níveis de comportamentos agressivos e impulsivos, início precoce do consumo de substâncias, transtornos relacionados ao álcool, a derivados de cocaína e de múltiplas drogas, maior gravidade dos transtornos relacionados a substâncias, estar sob efeito da substância no momento do ato suicida e ter comorbidade mental (JAKUBZYK et al., 2014; FUDALEJ et al., 2015; OPAS, 2016; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017; FERREIRA et al., 2019a).

Coadunando com esta perspectiva, um estudo desenvolvido na China com pessoas com transtornos relacionados ao álcool evidenciou que o histórico prévio de tentativa de suicídio, a vivência de eventos de vida negativos e estressantes e o diagnóstico de transtornos depressivos intensificam o risco para o suicídio (ZHANG; CONNER; PHILLIPS, 2012).

No Brasil, estudo realizado por Cantão e Botti (2016) com 123 pessoas em tratamento para transtornos relacionados a substâncias em um ambiente comunitário de Minas Gerais explicitou que os principais fatores associados à ideação e/ou tentativas de suicídio estavam relacionados à faixa etária de até 30 anos, presença de comorbidades mentais, transtornos depressivos, histórico materno de transtornos mentais ou de comportamentos suicidas, problemas de relacionamento familiar e apresentar ideações e/ou comportamentos suicidas próximos a datas significativas.

Somando-se a esses fatores, a literatura evidencia que a não adesão à terapêutica medicamentosa é um relevante desafio em saúde mental por favorecer resultados de tratamento inferiores e, conseqüentemente, maiores índices de tentativa de suicídio (CHAPMAN; HORNE, 2013). De acordo com Ruengorn et al. (2012), indivíduos que apresentam baixa adesão ao uso de medicamentos em saúde mental têm

um aumento de aproximadamente quatro vezes no número de tentativas de suicídio quando comparados aos aderentes.

Essa perspectiva é confirmada por um estudo desenvolvido em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Curitiba, com portadores de transtorno mental, o qual explicitou que usuários com histórico de tentativa de suicídio aderem menos à terapêutica medicamentosa em relação àqueles que nunca tentaram (BORBA et al., 2018a).

Com o intuito de promover ações e estratégias preventivas para o suicídio no Brasil, foi implementada a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio pela promulgação da Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. As principais finalidades desta política englobam a promoção da saúde mental, a prevenção de violências autoprovocadas, o reconhecimento dos determinantes sociais relacionados, a garantia de acesso à atenção psicossocial, acolhimento de familiares das vítimas, a articulação intersetorial para prevenção, a notificação compulsória, a informação e a sensibilização social quanto ao suicídio como um problema de saúde pública (BRASIL, 2019b).

Entre essas estratégias, sobretudo na área de saúde mental, destaca-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, e pela Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017d).

A RAPS objetiva expandir o acesso da população, das pessoas com transtornos mentais e seus familiares à atenção psicossocial e aos seus dispositivos de atendimento e assegurar a articulação dos serviços de atenção psicossocial no território, disponibilizando um cuidado com ênfase no acolhimento, no gerenciamento de caso e no atendimento aos casos de urgência (BRASIL, 2011).

Para garantir a integralidade do cuidado, a RAPS integra serviços de atenção básica em saúde, de atenção psicossocial especializada, de atenção de urgência e emergência, de atenção residencial de caráter transitório, de atenção no âmbito hospitalar, de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

No contexto de prevenção ao suicídio, a implementação de uma rede de saúde organizada com diferentes dispositivos de assistência à saúde com ênfase no acolhimento e no reconhecimento das diversas necessidades dos usuários e familiares

favorece a identificação dos fatores protetivos e de risco para o suicídio a fim de minimizar a frequência dos comportamentos suicidas (HECK et al., 2012).

A rede de atenção à saúde é uma importante aliada à prevenção do suicídio, principalmente ao considerar que as pessoas com comportamento suicida apresentam propensão a comparecer ou buscar tratamento em diferentes serviços de saúde antes de empreender o ato suicida (ABREU et al., 2010; ILGEN et al., 2012; BOTEGA, 2015).

Essa perspectiva é evidenciada em um estudo desenvolvido com 3.132 pessoas com transtornos relacionados a substâncias que cometeram suicídio, o qual verificou que 89,4% das pessoas procuraram algum tipo de atendimento em serviços de saúde no ano que antecedeu a morte, 69% fizeram tratamento na área de saúde mental e 32,8% tratamento específico para os transtornos relacionados a substâncias (ILGEN et al., 2012).

Os CAPS, em todas as suas modalidades, são considerados um dos principais pontos da RAPS no âmbito comunitário (BRASIL, 2011). Esses dispositivos são compreendidos como espaços de atenção, prevenção e suporte aos usuários com ideação e comportamentos suicidas e à sua família (HECK et al., 2012). De acordo com dados do Ministério da Saúde, as cidades que têm CAPS apresentam redução de 14% do risco de suicídio (BRASIL, 2017e).

Entre as modalidades de CAPS, os Centros de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas (CAPS AD) são designados a ofertar assistência a pessoas com transtornos relacionados ao álcool e outras drogas, respeitando a área territorial, pela oferta de atividades preventivas e terapêuticas ao indivíduo, à família e à comunidade. O cuidado é ofertado por uma equipe multiprofissional com ênfase na reabilitação psicossocial, alicerçada na lógica de redução de danos, na autonomia, na singularidade e no exercício da cidadania (BRASIL, 2003).

Com o intuito de identificar as necessidades de saúde, organizar a assistência e promover a atenção psicossocial às pessoas com ideação e comportamentos suicidas e aos familiares, é necessária a construção de um Plano Terapêutico Singular (PTS), eixo central do cuidado em saúde mental no CAPS, e o uso de estratégias de monitoramento e gerenciamento de caso (BRASIL, 2017b).

A elaboração de um PTS que enfatize a escuta e o diálogo e compreenda o contexto em que o usuário está inserido favorece a valorização da pessoa com risco de suicídio em sua totalidade, bem como a identificação das limitações, dos fatores e da motivação para o desenvolvimento de comportamentos suicidas (HECK et al., 2012). Esta perspectiva é evidenciada por Pompili et al. (2010a), que explicitam que o profissional de saúde ao realizar ou propor cada intervenção em saúde deve valorizar o contexto do indivíduo em que os transtornos relacionados a substâncias e os comportamentos suicidas se fazem presentes.

As ações em saúde mental voltadas à prevenção do suicídio a nível individual consistem no cuidado multiprofissional e intersetorial à pessoa em situação de crise suicida, no reconhecimento e no monitoramento das pessoas com risco para o suicídio e na corresponsabilização da família (CONTE et al., 2012). Na prática multiprofissional, a avaliação clínica do usuário quanto à possibilidade de empreender algum comportamento suicida deve ser feita de modo sistemático com base no exame do estado de saúde mental atual, na vivência de eventos estressores, na presença de ideias e de planos suicidas e na identificação dos principais fatores de risco (BOTEGA, 2015).

Especificamente em pessoas com histórico de tentativa de suicídio, evidências científicas mostram a frequente utilização das intervenções terapêuticas de monitoramento para favorecer a adesão ao tratamento, a redução de recidivas e de mortes por suicídio (BOTEGA, 2015; TURECKI; BRENT, 2016; CASTAIGNE; HARDY; MOUAFFAK, 2017). Estudo de Inagaki et al. (2015) evidencia que a utilização de estratégias de monitoramento previne a reincidência de tentativa de suicídio no período de um ano.

O monitoramento da pessoa com risco de suicídio com base em estratégias de contato frequente por telefone, cartas, meios eletrônicos, visitas domiciliares e teleassistência intensifica a prevenção do suicídio e o engajamento do usuário ao tratamento e ao cuidado ofertado (CASTAIGNE; HARDY; MOUAFFAK, 2017).

Como os comportamentos suicidas são considerados um problema de saúde complexo frente à heterogeneidade dos fatores que influenciam essa realidade, o tratamento necessita estar embasado na utilização de diversificadas estratégias



terapêuticas, com vistas à integralidade do cuidado para, assim, sobrevir uma redução expressiva das taxas de suicídio (POMPILI et al., 2010a).

Por fim, a base de qualquer resultado satisfatório no tratamento e na prevenção do suicídio é o reconhecimento dos significativos fatores associados aos comportamentos suicidas de modo individualizado e minimizá-los com intervenções mais apropriadas ao contexto do indivíduo (WHO, 2014).

Sabe-se que os comportamentos suicidas diferem entre as culturas, as comunidades, os grupos sociodemográficos e no transcorrer do tempo, por conseguinte, dados atualizados sobre a prevalência, os fatores associados, o impacto e os métodos utilizados e as tentativas de suicídio são componentes indispensáveis para o planejamento de estratégias para prevenir mortes por suicídio (WHO, 2014). Ademais, considera-se necessária uma maior atenção aos grupos sociais de maior vulnerabilidade, que apresentam maiores riscos para o desenvolvimento desses comportamentos (WHO, 2014; BRASIL, 2017a).

Torna-se relevante, portanto, mensurar o histórico de tentativas de suicídio e os fatores associados a esse comportamento em pessoas com transtornos relacionados a substâncias – população compreendida, nacionalmente, como vulnerável (BRASIL, 2017a). Destaca-se a relevância de pesquisar sobre a tentativa de suicídio por ser considerada o fator de risco expressivo para tentativa subsequente e para a consumação do suicídio (WHO, 2014; OLFSON et al., 2017; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Desenvolver este estudo também se justifica pela escassez de dados nacionais e sul-americanos sobre os fatores associados a comportamentos suicidas em pessoas com transtornos relacionados a substâncias. Diversos estudos sobre esta temática foram feitos na América do Norte e na Europa, no entanto, não há clareza científica se os fatores associados a tentativa de suicídio em norte-americanos e europeus possam ser aplicados à população do Brasil, principalmente ao considerar que os tipos de substâncias consumidas, os padrões de consumo e o perfil das pessoas com esses transtornos são modificados de acordo com a localização, a cultura e a condição econômica do país (FERREIRA et al., 2019a).

Com o desenvolvimento deste estudo, intenta-se contribuir para a construção de conhecimento sobre o tema e, assim, fornecer subsídios científicos aos profissionais e

gestores de saúde para auxiliar na identificação das pessoas com transtornos relacionados a substâncias, que apresentam maior propensão a tentativas de suicídio e, conseqüentemente, promover estratégias preventivas mais efetivas voltadas à realidade.

## **2 HIPÓTESES DO ESTUDO**

1. Pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento nos CAPS AD têm elevada frequência de tentativa de suicídio durante a vida.
2. O histórico de tentativa de suicídio durante a vida de pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento nos CAPS AD se associa a aspectos sociodemográficos e econômicos, clínicos e terapêuticos.
3. O consumo de álcool, de derivados de cocaína e de múltiplas substâncias tem associação com tentativa de suicídio durante a vida.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a tentativa de suicídio durante a vida por pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a. Identificar na literatura os aspectos associados à ideação e a comportamentos suicidas em pessoas com transtornos relacionados a substâncias;
- b. Caracterizar o perfil sociodemográfico e econômico, clínico e terapêutico de pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas;
- c. Determinar a frequência da tentativa de suicídio durante a vida por pessoas com transtornos relacionados a substâncias;
- d. Analisar as associações das variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico e econômico, clínico e terapêutico de pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial com o desfecho: tentativa de suicídio durante a vida.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

Neste item, são apresentados, inicialmente, os materiais e métodos referentes à revisão integrativa da literatura sobre o panorama atual do conhecimento científico sobre a ideação e os comportamentos suicidas em pessoas com transtornos relacionados a substâncias através dos estudos publicados em periódicos científicos, com o intuito de subsidiar o desenvolvimento do estudo epidemiológico.

Na sequência, são descritos os métodos do estudo epidemiológico, observacional e transversal desenvolvidos com pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento nos CAPS AD.

### 4.1 REVISÃO INTEGRATIVA

As revisões integrativas de estudos são recursos relevantes no processo de elaboração e organização de um corpo de conhecimento científico proveniente da literatura, os quais auxiliam na prática profissional de pesquisadores, professores e estudantes (GANONG, 1987).

Na Enfermagem, a revisão integrativa é visualizada como um método científico que agrupa e sintetiza resultados de investigações que permitem compreender e integrar os questionamentos da área com os conhecimentos teóricos que fundamentam e norteiam a prática profissional. Ademais, favorecem a integralização de distintos delineamentos de estudos para consubstanciar a complexidade do cuidado humano em enfermagem pela incorporação de aspectos singulares e contextuais (SOARES et al., 2014).

Para o desenvolvimento de uma revisão integrativa, é necessário um rigor teórico e metodológico para que os resultados obtidos possam trazer significantes contribuições para o meio científico, acadêmico e para a prática profissional (SOARES et al., 2014). Assim, para a constituição da revisão integrativa, foram adotadas as seis etapas preconizadas por Ganong (1987): 1. Seleção de hipóteses ou questões para a revisão; 2. Amostragem; 3. Representação das características do estudo primário; 4. Análise dos achados; 5. Interpretação dos resultados; e 6. Apresentação da revisão.

A etapa de seleção de hipóteses ou questões para a revisão corresponde à elaboração de hipóteses ou de questões norteadoras para a realização da revisão integrativa, as quais devem ser formuladas de modo claro e conciso, assim como os estudos primários (GANONG, 1987).

Para auxiliar na construção desta questão, utilizou-se a estratégia PECO, um acrônimo na língua inglesa, em que cada letra representa um elemento a ser considerado na elaboração da questão norteadora da revisão – *patient/problem* (paciente), *exposition* (exposição), *comparison* (comparação) e *outcome* (desfecho) (BRASIL, 2014). Essa estratégia auxilia os pesquisadores a formular perguntas clínicas bem construídas e delimitadas para alcançar respostas precisas e melhores evidências disponíveis (RICHARDSON et al., 1995).

Esse modo de estruturação da questão de estudo foi proposto inicialmente por Richardson et al. (1995), os quais sugerem que, para a construção de questões úteis e relevantes, os pesquisadores devem se embasar em quatro principais pilares: paciente ou problema, a intervenção ou exposição, a comparação ou controle e, por fim, o desfecho clínico de interesse.

Deste modo, esta revisão teve como questão norteadora: **“Quais são as evidências científicas sobre os aspectos associados à ideação e aos comportamentos suicidas das pessoas com transtornos relacionados a substâncias?”**.

A segunda etapa, amostragem, enseja descrever quais os procedimentos utilizados para definir a amostra da revisão integrativa, ou seja, como as publicações serão selecionadas, considerando os critérios de elegibilidade, os bancos de dados utilizados, a coleta de dados e a seleção das publicações (GANONG, 1987).

A busca avançada das publicações foi feita no mês de abril de 2017 nas seguintes bases de dados da área da saúde:

- Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) – base de dados que contempla índices bibliográficos da literatura referentes às ciências da saúde publicadas nos países da América Latina e Caribe;

- *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) – base de dados bibliográficos da biblioteca nacional de medicina dos Estados Unidos da América que compreende as publicações da área da saúde;
- *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) – base de dados com publicações científicas da Enfermagem, Biomedicina e cuidados de saúde.

Estruturou-se a estratégia de busca, Quadro 1, pela combinação de descritores controlados. Para a busca na base de dados da LILACS, foi utilizada a terminologia exata dos Descritores das Ciências da Saúde (DeCS), para a MEDLINE, foi aplicado o *Medical Subject Headings* (MeSH) e, por fim, para a base de dados CINAHL, foi utilizado o *CINAHL subject headings*. A busca foi feita em abril de 2017, para tanto, foram utilizados os operadores booleanos *AND* e *OR* para conectar os descritores.

Os descritores pertinentes aos transtornos relacionados a substâncias foram selecionados, principalmente, com base nas suas definições ou na possibilidade de os artigos apresentarem pessoas com transtornos relacionados a substâncias como objeto de estudo.

Para ter acesso aos artigos na íntegra, as buscas foram feitas em um computador pessoal com acesso doméstico às bases de dados disponibilizadas pelo Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Os critérios de inclusão das publicações foram os artigos publicados no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2016, na íntegra, nos idiomas espanhol, inglês e português, que abordassem aspectos associados à ideação suicida e/ou a comportamentos suicidas de pessoas com transtornos relacionados a substâncias.

Foram excluídas as publicações em formato de editorial, relato de experiência e reflexão, aquelas que tinham como objeto de estudo crianças e/ou adolescentes e que abordassem fatores associados à ideação suicida e/ou a comportamentos suicidas em pessoas exclusivamente com comorbidades psiquiátricas. Os artigos localizados em mais de uma base de dados foram considerados somente uma vez.

QUADRO 1 – ESTRATÉGIAS DE BUSCA UTILIZADAS NAS BASES DE DADOS – LILACS, MEDLINE E CINAHL

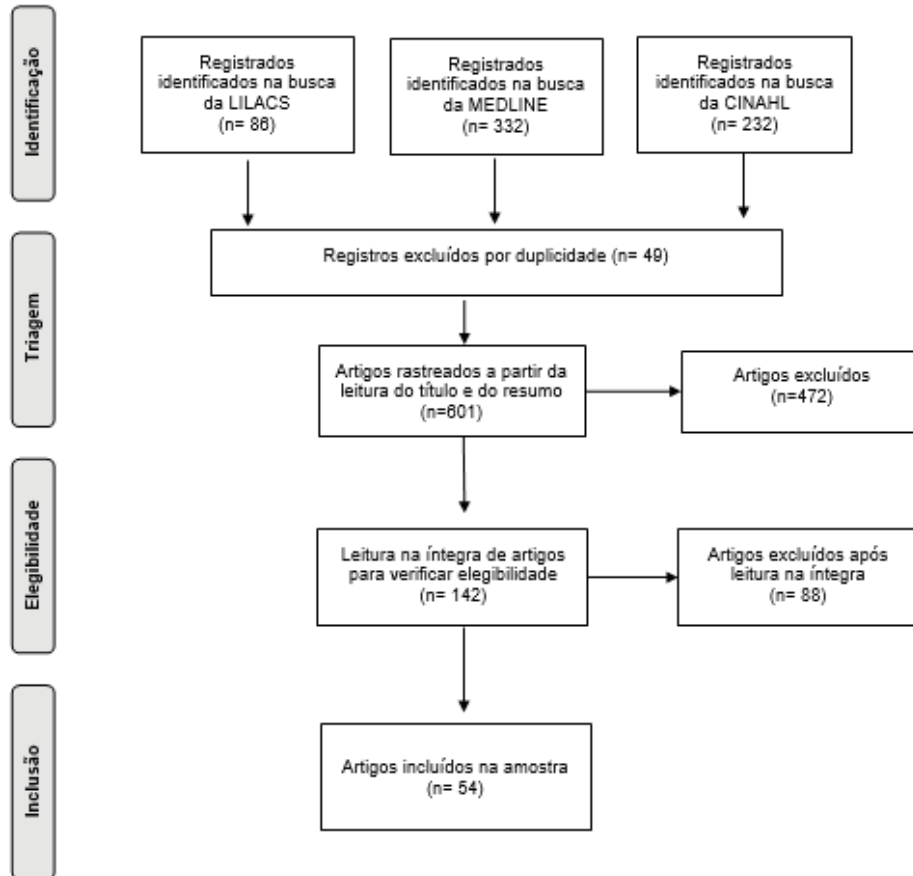
BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA	TOTAL DE ARTIGOS
LILACS	( ( "suicidio" ) or "ideacao suicida" ) or "tentativa de suicidio" [Descritor de assunto] and ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( "transtornos relacionados ao uso de substancias" ) or "transtornos relacionados ao uso de alcool" ) or "ALCOOLISMO" ) or "transtornos relacionados ao uso de anfetaminas" ) or "transtornos relacionados ao uso de cocaína" ) or "abuso de inalantes" ) or "abuso de maconha" ) or "transtornos relacionados ao uso de opioides" ) or "dependencia de morfina" ) or "dependencia de morfina" ) or "abuso de fenciclidina" ) or "abuso de substancias por via intravenosa" ) or "deteccao do abuso de substancias" [Descritor de assunto]	86
MEDLINE	(("Suicide"[Mesh] OR "Suicidal Ideation"[Mesh]) OR "Suicide, Attempted"[Mesh]) AND (((((((((((("Substance-Related Disorders"[Mesh:noexp] OR "Alcohol-Related Disorders"[Mesh:noexp]) OR "Alcoholism"[Mesh]) OR "Amphetamine-Related Disorders"[Mesh]) OR "Cocaine-Related Disorders"[Mesh]) OR "Inhalant Abuse"[Mesh]) OR "Marijuana Abuse"[Mesh]) OR "Opioid-Related Disorders"[Mesh]) OR "Heroin Dependence"[Mesh]) OR "Morphine Dependence"[Mesh]) OR "Phencyclidine Abuse"[Mesh]) OR "Substance Abuse, Intravenous"[Mesh]) OR "Substance Abuse Detection"[Mesh]) AND ("loattrfree full text"[sb] AND ("2006/01/01"[PDAT] : "2016/12/31"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]) AND "adult"[MeSH Terms]))	332
CINAHL	#S1(MH "Alcoholism") OR (MH "Alcohol-Related Disorders") OR (MH "Alcohol Abuse") OR (MH "Substance Abuse Detection") OR (MH "Substance Abuse") OR (MH "Substance Abuse, Intravenous") OR (MH "Inhalant Abuse") OR (MH "Substance Use Disorders") OR (MH "Substance Use Rehabilitation Programs") OR (MH "Substance Dependence") OR (MH "Substance Abusers") OR (MH "Alcohol Rehabilitation Programs") #2 (MH "Suicide") OR (MH "Suicide, Attempted") OR (MH "Suicidal Ideation") #S1 AND S2 <b>Limitadores-</b> Texto completo; Data de publicação: 20060101-20161231 <b>Restringir por SubjectAge:-</b> alladult <b>Modos de pesquisa-</b> Booleano/Frase	232

FONTE: A autora (2017).

De acordo com a Figura 1, a busca dos artigos resultou em 650 publicações científicas, destas, 49 foram excluídas por estarem em duplicidade – indexadas em mais de uma base de dados. Foi feita a leitura de 601 títulos e resumos, destes, 142 foram selecionados para a leitura na íntegra para verificar a elegibilidade e, após a leitura, a amostra estabelecida foi de 54 artigos.



FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DE IDENTIFICAÇÃO, TRIAGEM, ELEGIBILIDADE E INCLUSÃO DOS ARTIGOS



FONTE: Adaptado de MOHER et al. (2009).

Para aumentar a legitimidade do estudo, a seleção dos artigos foi feita por dois pesquisadores, de modo independente. As divergências, expressas por sete artigos, foram resolvidas em reunião do grupo de pesquisa do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE) com discussão entre quatro pesquisadores.

Após a leitura na íntegra, foram excluídos 88 artigos por terem como objeto de estudo o uso de substâncias sem configurar transtornos relacionados a substância (24), não apresentarem aspectos associados à ideação suicida e/ou comportamentos suicidas em pessoas com transtornos relacionados a substâncias (18), não abordarem a temática nos resultados (17), avaliarem o uso de substâncias no momento da ideação e/ou comportamentos suicidas (16), terem como objeto de estudo adolescentes (5),

pesquisarem fatores associados à ideação e/ou a comportamentos suicidas em pessoas com comorbidades mentais (5), não serem artigos originais (2) e por inconsistência dos dados (1).

A terceira etapa, representação das características do estudo primário, consiste na delimitação e na apresentação das características dos artigos selecionados e das informações a serem coletadas. A definição desses aspectos é considerada uma etapa análoga à coleta de dados e à apresentação dos dados obtidos nos estudos originais (GANONG, 1987).

Assim, na terceira etapa, foi feita uma leitura exaustiva dos 54 artigos da amostra e procedeu-se à coleta dos dados com o auxílio de um instrumento composto por questões relacionadas à identificação do estudo, informações referentes à ideação e/ou a comportamentos suicidas em pessoas com transtornos relacionados a substâncias e a informações gerais do estudo (APÊNDICE 1).

Entre as informações gerais, foi avaliado o nível de evidência científica do artigo, que corresponde a uma classificação da evidência do artigo quanto ao tipo de estudo ou de delineamento metodológico para responder a um problema de estudo com um menor número de erros e vieses e fornecer resultados mais fidedignos à realidade investigada (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

Para avaliação do nível de evidência, foi utilizada a Classificação Hierárquica das Evidências de Avaliação dos Estudos, a qual propõe sete níveis de evidência, de modo crescente, do mais forte para o mais fraco: nível I – metanálises ou revisões sistemáticas de estudos clínicos randomizados ou de *guidelines* de prática baseada em evidências; nível II – ensaios clínicos randomizados; nível III – estudos de ensaio clínico controlado sem randomização; nível IV – caso-controle e coorte; nível V – revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos; nível VI – evidência de estudo descritivo ou qualitativo; e nível VII – opinião de autoridades e/ou de comitê de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

A quarta etapa da revisão, denominada análise dos achados dos artigos pesquisados na revisão, objetiva analisar as informações obtidas na fase anterior (GANONG, 1987). Nesta etapa, os aspectos associados à ideação e ao comportamento suicida foram identificados nos estudos com base nas inferências dos autores das

publicações e nas análises univariadas, bivariadas e multivariadas e, posteriormente, analisados de modo descritivo.

Na quinta etapa o pesquisador se embasa nos resultados obtidos e faz a comparação dos achados com o conhecimento teórico, identificando as conclusões e as implicações que resultaram da revisão integrativa. Por fim, a sexta etapa consiste na apresentação dos dados obtidos na revisão (GANONG, 1987). Essas etapas serão apresentadas nos tópicos de resultados e discussão. Destaca-se que a revisão integrativa se encontra publicada em periódico científico (FERREIRA et al., 2019a).

#### 4.2 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO, OBSERVACIONAL E TRANSVERSAL

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional e transversal.

Estudos epidemiológicos ensejam buscar explicações para as questões que envolvem os diferentes agravos à saúde e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população e do nível de saúde (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013). Na epidemiologia, os estudos objetivam descrever os padrões dos agravos à saúde na comunidade humana e testar hipóteses associadas aos aspectos que envolvem o processo de saúde e doença (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013).

Estudos observacionais analisam o curso natural dos eventos pela observação, sem interferência do pesquisador, identificando presença ou ausência da exposição e quem apresenta ou desenvolve o desfecho (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013). O papel passivo dos pesquisadores nos estudos epidemiológicos denota a observação de modo mais metódico e preciso possível, com a mínima interferência no objeto de investigação, do processo de saúde e doença de uma população específica (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013).

Estudos transversais são caracterizados pela observação e coleta de informações sobre o fator de estudo e o efeito em um grupo de pessoas no mesmo período (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013; BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTROM, 2010; ROUQUAYROL; GURGEL, 2013; HULLEY et al., 2015).

Rouquayrol e Gurgel (2013) atribuem ao delineamento transversal, na epidemiologia, três finalidades representativas: mensurações sobre o objeto de estudo

em um único tempo, descrição e distribuição das variáveis e identificação da prevalência do objeto de estudo.

Estudos com delineamento transversal são relevantes para avaliar e compreender as principais necessidades de saúde da população, principalmente ao fornecerem informações de prevalência das condições de saúde e os fatores de estudo em um determinado tempo, permitindo avaliar a distribuição das variáveis, designar relações entre as variáveis dependentes e independentes e, ainda, testar hipóteses (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013; HULLEY et al., 2015).

Embora esse delineamento permita fazer associações e testar hipóteses, frequentemente não é capaz de mostrar causa-efeito por não apresentar sequência temporal dos eventos, conquanto se torna passível a realização de inferências sobre a sequência de tempo com respaldo no modo como esses dados são analisados (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTROM, 2010). De acordo com Almeida Filho e Barreto (2013), em estudos transversais não é viável definir o caráter etiológico dos fatores estudados em decorrência da simultaneidade, porque as informações sobre a condição de saúde e os fatores associados são coletados em um único momento.

#### 4.2.1 Local do estudo

Este estudo foi desenvolvido nos Centros de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas III (CAPS AD III) da capital do Estado do Paraná, Curitiba, totalizando três dispositivos.

A escolha do local de estudo se embasou na Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas e na Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, e na Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtornos relacionados a substâncias, as quais preconizam que a assistência aos usuários de drogas deve ser ofertada em todos os serviços de saúde da rede, conquanto designam os CAPS como os principais serviços de atenção especializada (BRASIL, 2011; 2017d).

Os CAPS AD são dispositivos de atenção à saúde destinados a acolher os usuários com transtornos relacionados a substâncias, ofertar atendimento em saúde

mental e favorecer a busca da autonomia, da cidadania e da reinserção social do indivíduo e da sua família (BRASIL, 2003).

Entre as modalidades de CAPS existentes, os CAPS AD são indicados para municípios ou regiões com número de habitantes acima de 70 mil e ofertam assistência, de segunda a sexta-feira, a adultos com transtornos relacionados a substâncias no âmbito comunitário (BRASIL, 2011). Enquanto os CAPS AD III são considerados retaguarda para regiões com população entre 150 mil e 300 mil habitantes e ofertam atenção integral a esta clientela durante 24 horas por dia em todos os dias da semana, inclusive com acolhimento noturno (BRASIL, 2012a).

No momento da realização do estudo, no território nacional estavam concentrados 316 CAPS AD e 90 CAPS AD III, destes, 67 e 22, respectivamente, estavam localizados na Região Sul. O Estado do Paraná tinha em seu território 24 CAPS AD e nove CAPS AD III, dos quais, dois CAPS AD e três CAPS AD III estavam situados na capital do Estado (BRASIL, 2018).

Nos CAPS AD III de Curitiba, a atenção psicossocial é desenvolvida por equipes multiprofissionais compostas por assistentes sociais, enfermeiros, médicos clínicos, médicos psiquiatras, psicólogos, técnicos de enfermagem e terapeutas ocupacionais.

#### 4.2.2 População alvo e amostra

A população alvo do estudo foram as pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento nos CAPS AD III de Curitiba. De acordo com as informações concedidas pela Coordenadoria de Saúde Mental do município, 1013 pessoas estavam vinculadas aos locais de estudo no momento da coleta de dados, sendo 229 ao CAPS AD (A), 371 ao CAPS AD (B) e 413 ao CAPS AD (C).

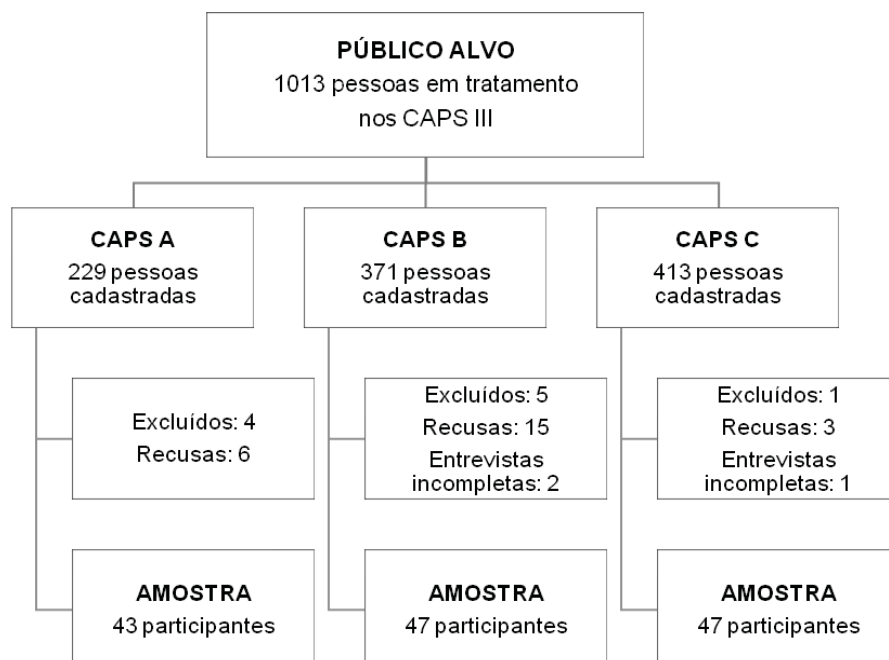
A amostra foi estabelecida por conveniência, assim, foram selecionados aqueles indivíduos que compareceram ao CAPS no período de abril a novembro de 2018 e apresentavam disponibilidade para participação no estudo. A escolha pela amostragem não probabilística se fundamenta pelas especificidades das pessoas com transtornos relacionados a substâncias que apresentam alto índice de absenteísmo e de não adesão ao tratamento frente à vivência de recaídas e de amotivação para o tratamento

(FERREIRA et al., 2015a). Ademais, a construção do PTS é feita de modo individualizado, por consequência, a presença no serviço é heterogênea.

Foram elegíveis para a participação do estudo os usuários com transtornos relacionados a substâncias em tratamento, com idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos aqueles intoxicados por substâncias que não apresentavam condições de responder aos questionamentos e aqueles com comprometimento cognitivo, identificados pela equipe multiprofissional ou registrados em prontuário.

A amostra foi composta por 137 pessoas com transtornos relacionados a substâncias: 43 do CAPS AD (A), 47 do CAPS AD (B) e 47 do CAPS AD (C). Foram excluídas nove pessoas em decorrência de comprometimento cognitivo e uma por intoxicação alcoólica. Foram somadas 24 recusas para participação do estudo, considerando a realização de três convites em dias distintos. Destacam-se três perdas por entrevistas incompletas, correspondentes ao declínio de participação no transcorrer da entrevista (FIGURA 2).

FIGURA 2 – FLUXOGRAMA DE INCLUSÃO DE PARTICIPANTES NO ESTUDO



FONTE: A autora (2020).

#### 4.2.3 Instrumentos de coleta de dados

Os dados foram coletados pela aplicação de quatro instrumentos: o *Columbia Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS), *Addiction Severity Index version 6* (ASI-6), o Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) e instrumento de elaboração própria, os quais estão detalhados a seguir.

##### 4.2.3.1 Instrumento 1 – *Columbia-Suicide Severity Rating Scale*

O instrumento C-SSRS, traduzido para o português como Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia, possibilita avaliação do risco suicida em adolescentes e adultos. Trata-se de uma entrevista semiestruturada com questionamentos que avaliam a intensidade e a gravidade da ideação suicida, o comportamento e a letalidade das tentativas de suicídio (POSNER et al., 2011; POSNER et al., 2014).

O C-SSRS foi desenvolvido em 2008 por uma equipe de pesquisadores de três universidades dos Estados Unidos da América (EUA) – *University of Pennsylvania*, *University of Pittsburgh* e *Columbia University* – no curso de um estudo do *National Institute of Mental Health* (POSNER et al., 2011).

Esta escala avalia os domínios de ideação suicida e comportamento suicida, segundo quatro subescalas. A primeira corresponde à gravidade da ideação suicida, composta por uma escala ordinal de cinco pontos de acordo com o tipo e a gravidade da ideação com as seguintes classificações: 1. Desejo de estar morto; 2. Pensamentos suicidas ativos inespecíficos; 3. Pensamentos suicidas ativos com métodos e sem intenção e planejamento; 4. Pensamentos suicidas ativos com método e intenção e sem planejamento; e 5. Pensamentos suicidas ativos com método, intenção e planejamento. Ressalta-se que a ideação mais severa deve ser considerada a pontuação da gravidade (POSNER et al., 2011).

A segunda subescala avalia a intensidade de ideação suicida e compreende cinco perguntas concernentes à frequência, duração e controle das ideias suicidas, razões para não cometer suicídio e razões para o suicídio. A intensidade é avaliada de modo ordinal, em que cada pergunta pode pontuar até cinco pontos, e o *score* final varia

entre 2 e 25 pontos, indicando que os escores mais elevados sugerem ideação suicida mais intensa (POSNER et al., 2011).

A terceira subescala, com resultados nominais, avalia a presença de comportamento suicida do indivíduo de acordo com o histórico de tentativas de suicídio, tentativas interrompidas, tentativas abortadas e comportamentos preparatórios. Enquanto a última subescala avalia a letalidade dos episódios de tentativas reais segundo uma escala com até cinco pontos; caso a letalidade real tenha ocasionado danos físicos leves ou não tenha ocasionado nenhum dano físico, avalia-se a letalidade potencial de acordo com a possibilidade de ocasionar lesões ou mortes (POSNER et al., 2011).

O C-SSRS possibilita que o pesquisador utilize períodos diferentes para avaliação da ideação e do comportamento suicida de acordo com as especificidades de cada estudo (POSNER et al., 2011). Deste modo, para a aplicação desse instrumento para esta tese, foi considerada a presença de ideação e de comportamentos suicidas alguma vez durante a vida.

Esse recorte temporal foi embasado pela literatura, uma vez que estudos evidenciam que apresentar histórico de tentativa de suicídio durante a vida é visualizado como um fator preditivo relevante para uma tentativa subsequente (BORGES et al., 2010; WHO, 2014; HALLGREN et al., 2017; OLFSON et al., 2017; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A aplicação deste instrumento nesta tese intenta, principalmente, identificar a presença de uma tentativa de suicídio real durante a vida – desfecho deste estudo. Enquanto as demais perguntas serão utilizadas como variáveis independentes para associação com o desfecho.

O C-SSRS foi validado inicialmente por Posner et al. (2011) pela análise psicométrica de três estudos multicêntricos: um estudo feito com 124 adolescentes que haviam tentado suicídio, um estudo com 312 adolescentes com transtornos depressivos e um desenvolvido com 237 adultos admitidos em um serviço de emergência por motivos psiquiátricos. Os estudos mostraram boa validade convergente e divergente, sensibilidade à mudança e alta sensibilidade e especificidade. Quanto à consistência interna, o primeiro estudo mostrou alta consistência ( $\alpha$ : 0,937), enquanto os outros



estudos apresentaram moderada consistência ( $\alpha$ : 0,73). Esses dados inferiram que o C-SSRS é adequado para a utilização na prática clínica e de pesquisa (POSNER et al., 2011).

O C-SSRS foi submetido pelos seus próprios idealizadores à adaptação linguística para diferentes línguas e nacionalidades a fim de manter a equivalência dos conceitos e a pertinência cultural para facilitar a comparação e a organização dos resultados (FERNANDEZ; GRATALOUP; POSNER, et al., 2008). Para tanto, a equipe dispôs dos serviços do *Mapi Group: health research and commercialization*, empresa mundial especializada em tradução, validação linguística e transcultural de materiais da área da saúde (C-SSRS, 2017). Entre as 119 traduções disponíveis, encontra-se a versão do C-SSRS para o português brasileiro.

A concessão da versão do C-SSRS português brasileiro e a autorização formal para sua utilização neste estudo foram asseguradas pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kelly Posner, da *Columbia University*, autora responsável pela escala e diretora do “*The Columbia Lighthouse Project*” (ANEXO 1).

#### 4.2.3.2 Instrumento 2 – *Addiction Severity Index - Version 6*

Para identificação de aspectos sociodemográficos e econômicos, clínicos e terapêuticos, foi utilizado o instrumento ASI-6, denominado no Brasil como Escala de Gravidade de Dependência. Foi desenvolvido originalmente em 1979 por Thomas A. McLellan e colaboradores do departamento de psiquiatria da *University of Pennsylvania*, com o objetivo de investigar o perfil de gravidade dos problemas de cada indivíduo, ocasionados pelo abuso de substâncias em diversas áreas (MCLELLAN et al., 1980).

Desde sua construção, este instrumento sofreu várias modificações na sua formulação e, atualmente, se encontra na sexta versão (ANEXO 2). O ASI-6 foi validado para a cultura brasileira por Kessler et al. (2012a) ao mostrar relevantes propriedades psicométricas nas subescalas, com alfa de *Cronbach* entre 0,64 e 0,93, pela aplicação do instrumento a 740 brasileiros que utilizavam substâncias. A autorização para sua utilização foi concedida pelos seus autores da versão validada (ANEXO 3).

O ASI-6 é considerado uma entrevista semiestruturada, com 252 questões, que objetiva a avaliação multidimensional do indivíduo e da gravidade dos problemas ocasionados ao indivíduo nas sete áreas frequentemente associadas aos transtornos relacionados ao substâncias – médica, emprego, álcool, drogas, legal, família/social e psiquiátrica (CACCIOLA et al., 2011).

O instrumento é organizado em subescalas de acordo com as sete áreas avaliadas, as quais avaliam as características, a frequência, a intensidade e a duração das sintomatologias e dos problemas experienciados pelo indivíduo nos últimos seis meses e 30 dias antes da entrevista e durante toda a vida (CACCIOLA et al., 2011; FERNANDES; COLUGNATI; SARTES, 2015).

Cada uma das subescalas do ASI-6 apresenta um *score*, excetuando a área família/social, que apresenta três scores distintos voltados ao suporte familiar e social, aos problemas familiares e sociais e aos problemas relacionados aos filhos. Os *scores* são padronizados tendo como referência o *T-score* com uma média de 50 e desvio padrão de 10, com variação entre 0 e 100. Os scores mais elevados sugerem maiores problemas na área avaliada (KESSLER et al., 2012a).

#### 4.2.3.3 Instrumento 3 – Medida de Adesão aos Tratamentos

Para avaliação terapêutica, especificamente sobre a adesão à terapêutica medicamentosa, foi utilizado o instrumento MAT, elaborado com o objetivo de identificar o comportamento das pessoas com condições crônicas de saúde em relação à adesão à terapêutica medicamentosa (DELGADO; LIMA, 2001).

O MAT foi validado, originalmente por Delgado e Lima (2001) com respaldo na sua aplicação a 167 pessoas portadoras de condições crônicas de saúde com prescrição medicamentosa, em Portugal, mostrando uma boa consistência interna, com alfa de *Cronbach* de 0,74. Enfatiza-se que a autorização formal para o uso deste instrumento foi emitida por seus idealizadores (ANEXO 4).

Este instrumento foi adaptado e validado para a cultura brasileira, especificamente para a população com transtorno mental, por Borba et al. (2018b) ao

evidenciar relevantes validades psicométricas, com alfa de *Cronbach* estimado de 0,74 (ANEXO 5).

O MAT é composto por sete questões com respostas organizadas segundo uma escala de *Likert*, que varia entre um e seis pontos: (1) sempre, (2) quase sempre, (3) com frequência, (4) às vezes, (5) raramente e (6) nunca.

Para identificação do nível de adesão do indivíduo à terapêutica medicamentosa, somam-se os pontos obtidos das respostas de todas as questões e, subsequentemente, esse valor é dividido por sete – número correspondente ao total de questões do instrumento. Os participantes que apresentam pontuações entre um e quatro são considerados não aderentes à terapêutica medicamentosa, enquanto pontuações entre cinco e seis sugerem adesão à terapêutica (DELGADO; LIMA, 2001).

#### 4.2.3.4 Instrumento 4 – Elaboração própria

O quarto instrumento foi elaborado pela autora para coletar informações sobre as pessoas com transtornos relacionados a substâncias no contexto da tentativa de suicídio, as quais não constam nos instrumentos supracitados (APÊNDICE 2).

A construção deste instrumento foi embasada nos dados oriundos da revisão integrativa da literatura e contempla 14 questões subdivididas em quatro blocos: informações sobre a tentativa de suicídio, histórico familiar e informações do prontuário sobre os diagnósticos de transtorno mental e a prescrição medicamentosa.

#### 4.2.4 Capacitação dos entrevistadores

A considerar que esta tese se insere em um macroprojeto de pesquisa, o qual contempla outros trabalhos acadêmicos, cujos dados foram coletados conjuntamente, isso exigiu uma organização de material, equipe e capacitação. Assim, para auxiliar na etapa da coleta de dados, foram selecionados, além do pesquisador do estudo, seis entrevistadores com ensino superior completo ou em andamento na área da saúde. Deste modo, o conjunto de entrevistadores compreendeu duas discentes do doutorado

em Enfermagem, dois discentes do mestrado, um enfermeiro e duas acadêmicas de Enfermagem participantes do Programa de Iniciação Científica da UFPR.

Os entrevistadores receberam em janeiro de 2018 uma capacitação para aplicação dos instrumentos, com uma carga horária de 25 horas, com o objetivo de dirimir divergências na condução de coleta de dados e no preenchimento dos instrumentos.

A capacitação consistiu na apresentação e discussão do macroprojeto de estudo, das principais características da população do estudo, dos locais de coleta de dados, dos instrumentos, da abordagem com as pessoas com transtornos relacionados a substâncias, da postura profissional, dos possíveis imprevistos, do preenchimento das questões e, por fim, na realização da simulação da entrevista completa entre os próprios entrevistadores.

Especificamente para utilização do C-SSRS, os idealizadores recomendam aos pesquisadores e aos envolvidos na coleta de dados a realização de uma capacitação *on-line* para auxiliar na administração da escala (C-SSRS, 2017). Deste modo, todos os entrevistadores concretizaram a capacitação disponível, que consistiu na visualização de um vídeo instrucional de 32 minutos, legendado para a língua portuguesa, e de uma avaliação com base na resolução de oito estudos de caso. Após o término dessa capacitação, foi emitido um certificado de conclusão da capacitação, com validade de dois anos (ANEXO 6).

Para auxiliar os entrevistadores na capacitação e no transcorrer da coleta de dados, foram disponibilizadas diretrizes para o preenchimento do ASI-6 dos próprios idealizadores (KESSLER, 2011).

#### 4.2.5 Teste piloto

Após a realização da capacitação, foi feito um teste piloto em janeiro de 2018 com 15 usuários com transtornos relacionados a substâncias em tratamento em um CAPS AD da região metropolitana de Curitiba, população análoga à amostra deste estudo.

O teste piloto se propôs a averiguar a estrutura, a clareza, a coerência das perguntas, a sequência do instrumento, a duração média da entrevista, a identificação de

possíveis desconfortos e a logística de coleta de dados. Neste momento, foi aplicada a entrevista com a seguinte ordenação dos instrumentos: C-SSRS, instrumento próprio, MAT e ASI-6.

As pessoas com transtornos relacionados a substâncias foram questionadas sobre a participação do estudo quanto às dificuldades identificadas, à terminologia empregada, ao comportamento dos entrevistadores e à vivência de possíveis desconfortos. Após o término do teste piloto, foi feita uma reunião com entrevistadores para discussão das fragilidades identificadas na aplicação dos instrumentos.

Com as considerações levantadas, as escalas de *likert* foram impressas em letras maiores para melhor visualização pelos entrevistados. Para a logística da coleta de dados, foram ponderadas as fragilidades encontradas, tais como tempo extensivo da aplicação da entrevista, dificuldade de recrutamento de participantes após término de grupos e oficinas terapêuticas e indisponibilidade de salas.

Ademais, no transcorrer do teste piloto, foi possível identificar que, ao iniciar a entrevista com questionamentos sobre questões sensíveis quanto à ideação e aos comportamentos suicidas, frequentemente os participantes se mostraram desconfortáveis. Assim, a ordenação da aplicação dos instrumentos foi modificada nas entrevistas para MAT, C-SSRS, instrumento próprio e ASI-6.

#### 4.2.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi feita no período de abril a novembro de 2018 nas dependências dos CAPS AD III em local reservado, disponibilizado pela coordenação dos serviços, sendo destinado pela Coordenadoria de Saúde Mental o período de dois meses para a coleta em cada um dos serviços, com início no CAPS AD (A) e término no CAPS AD (C).

A operacionalização desta etapa foi previamente agendada e pactuada com a Coordenadoria de Saúde Mental e com os coordenadores dos serviços, que autorizaram a realização das entrevistas e a consulta ao prontuário. Após aceite formal, as doutorandas que compõem a equipe do macroprojeto participaram de reuniões de equipe

multiprofissional de cada CAPS AD III para explicitar as especificidades do estudo aos profissionais.

Sequencialmente, foi promovido um encontro, em cada serviço, com os usuários em tratamento para fornecer informações pormenorizadas sobre o estudo, tais como tema, objetivo, benefícios esperados, sigilo e anonimato e duração da entrevista. As reuniões ocorreram com apoio da equipe multiprofissional durante as reuniões de assembleia – espaço deliberativo em que os usuários têm participação ativa nas decisões institucionais.

Os participantes foram convidados a participar da entrevista pessoalmente quando compareciam aos CAPS AD III e não apresentavam atividades terapêuticas programadas no momento. Nos casos de impossibilidade de participação no momento da abordagem, as entrevistas foram agendadas.

A coleta dos dados foi feita mediante entrevista estruturada individual, com duração média de uma hora, pela aplicação dos instrumentos na seguinte ordenação: MAT, C-SSRS, formulário de elaboração própria e ASI-6. Os entrevistadores de campo foram divididos em escala, de segunda a sexta-feira, exceto feriados, das 08h00 às 12h00 e das 13h00 às 17h00, com a presença mínima de um profissional no período.

Os dados dos prontuários foram coletados pelas doutorandas de Enfermagem – profissionais autorizadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR e pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba a acessar os prontuários.

Ao término do dia de coleta de dados, os instrumentos preenchidos pelos entrevistadores foram examinados pelas doutorandas para verificação de possíveis erros e incongruências, bem como para codificação dos dados. Ressalta-se que a coleta de dados foi supervisionada pelos pesquisadores responsáveis.

Destaca-se que, durante a coleta de dados, os detalhes dos comportamentos suicidas, principalmente sobre a tentativa efetiva de suicídio, interrompida e abortada, foram descritos minuciosamente nos instrumentos e, posteriormente, classificados mediante discussão da equipe de coleta de dados, a qual realizou previamente a capacitação para aplicação do C-SSRS.

#### 4.2.7 Variáveis do estudo

A variável dependente (desfecho) corresponde à presença de tentativa de suicídio durante a vida. Trata-se de uma variável nominal, dicotômica (sim/não), definida como a presença de algum ato potencialmente autolesivo, durante a vida, cometido com pelo menos algum desejo de morrer como resultado da ação. Essa variável foi extraída da primeira questão da seção de comportamentos suicidas do instrumento C-SSRS.

As variáveis independentes, Apêndice 3, foram selecionadas segundo resultados da revisão integrativa e os fatos empíricos sobre o tema de estudo para associação com desfecho. Foram extraídas 124 variáveis dos questionamentos dos instrumentos, subdivididas em perfil sociodemográfico e econômico, clínico e terapêutico.

#### 4.2.8 Análise dos dados

Os dados provenientes da aplicação do instrumento C-SSRS, MAT e de elaboração própria foram codificados e digitados em um banco de dados da planilha Excel®, com dupla digitação. Enquanto os dados do ASI-6 foram preenchidos e gerenciados na plataforma *Research Electronic Data Capture*® (REDCap), com dupla conferência. Esses dados foram exportados para o programa computacional *Stata*® versão 12 e *Software Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS), versão 20. Esta etapa foi feita com assessoria de um epidemiologista.

A análise descritiva foi utilizada para caracterização do desfecho e do perfil sociodemográfico e econômico, clínico e terapêutico, para tanto, as variáveis categóricas foram expressas por medidas descritivas (frequência absoluta e relativa) e as variáveis contínuas, por medida de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão e valor mínimo e máximo).

Quanto à categorização para as variáveis contínuas, foi levada em consideração a linearidade do gradiente quantitativo (ex. tercis, quartis e quintis). Para as variáveis qualitativas, as categorias foram agrupadas conforme as frequências absolutas e relativas apresentadas após a análise descritiva inicial. Tanto para as variáveis contínuas

como para as categóricas, foram consideradas as distribuições dos dados e a literatura atual sobre o tema.

Após a análise descritiva, os dados foram submetidos à análise inferencial, que consiste em uma análise quantitativa que objetiva estimar parâmetros e verificar hipóteses pela aplicação de testes estatísticos (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013; SAMPIERI; CALLADO, LUCIO, 2013).

Foram feitas medidas de associações, preferencialmente com teste estatístico paramétrico, para fins de associação entre a variável dependente (tentativa de suicídio durante a vida) e as independentes, com aplicação do teste qui-quadrado de *Pearson* para proporções. Enfatiza-se também o uso de estatística não paramétrica pela aplicação do teste exato de *Fisher* e *U-Mann Whitney*. Em todos os testes, foi considerado o intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Para estimar a medida de efeito, foi utilizado o cálculo da Razão de Prevalência (RP) com IC 95%, por Regressão de Poisson, considerando a associação do desfecho (tentativa de suicídio durante a vida) e as variáveis independentes que apresentaram valor de  $p < 0,2$ , sendo consideradas diferenças significativas aquelas cujo valor de  $p < 0,05$ .

A análise de regressão múltipla foi do tipo “*stepwise forward*”, utilizando a regressão de Poisson, com IC95%, tendo sido considerado significativo valor  $p < 0,05$ . Para a seleção das variáveis independentes para o modelo final, foram considerados, principalmente a frequência do desfecho na amostra deste estudo, a significância estatística, o ajuste do modelo, o valor da medida de efeito e a saturação dos coeficientes durante o processo de modelagem.

#### 4.2.9 Aspectos éticos

Este estudo integra um macroprojeto financiado pelo CNPq por bolsa produtividade e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR, sob a inscrição CAAE: 66929617.0.0000.0102 e o parecer nº 2.033.006 (ANEXO 7). O macroprojeto foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de



Curitiba e obteve parecer favorável sob registro nº 2.071.351 e número de inscrição 66929617.0.3001.0101 (ANEXO 8).

Os preceitos éticos para o desenvolvimento de estudos envolvendo seres humanos, especificamente, portadores de transtorno mental foram assegurados pelo cumprimento das disposições e recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõem sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001, 2012b).

Os participantes receberam informações pormenorizadas sobre o estudo quanto ao título, objetivo, natureza do estudo, benefícios e riscos esperados, tempo e local de duração da entrevista, armazenamento dos dados, voluntariedade na participação, ausência de custos, garantia do sigilo e anonimato, contato dos pesquisadores, acesso livre aos dados coletados e direito a desistência, caso assim desejassem. A coleta de dados teve início após o consentimento formal dos participantes mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 4).

Considerando a proteção devida aos participantes do estudo, nos casos em que os pesquisadores perceberam algum risco de suicídio, os profissionais de saúde dos locais de coleta de dados foram comunicados com o intuito de assegurar um cuidado mais intensivo, assim como esclarecido no TCLE. Ademais, nesses casos, as doutorandas se disponibilizaram a realizar escuta ativa do usuário durante o transcorrer das atividades de coleta nos locais.

Até a data de defesa da presente tese, foram originadas do macroprojeto: uma tese intitulada “Adesão à terapêutica medicamentosa por pessoas em tratamento em Centros de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas”, defendida em 30/08/2019, e uma dissertação intitulada “Gravidade dos transtornos relacionados a substâncias nas pessoas em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas”, defendida em 11/12/2019.

## 5 RESULTADOS

Neste item serão apresentados inicialmente os resultados da revisão integrativa da literatura sobre a ideação e comportamentos suicidas em pessoas com transtornos relacionados a substâncias, sequenciados dos dados do estudo epidemiológico, observacional e transversal sobre tentativa de suicídio em pessoas com transtornos relacionados a substâncias.

### 5.1 RESULTADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Considerando a análise dos achados dos artigos pesquisados na revisão integrativa, procurou-se descrever as características das publicações e os aspectos associados à ideação e ao comportamento suicida em pessoas com transtornos relacionados a substâncias.

A amostra final foi composta por 54 artigos, sendo dois indexados à base de dados LILACS, 15 à CINAHL e 37 à MEDLINE. São descritas no Quadro 2 as informações dos artigos quanto ao título, aos autores, ao ano de publicação e ao periódico, tendo todos sido registrados em ordem crescente do ano de publicação.

Destaca-se a predominância de 52 artigos em inglês na amostra, um em espanhol e um português. Os artigos foram classificados quanto aos níveis de evidência: 38 correspondentes ao nível VI por retratarem estudos quantitativos descritivos; 15 ao nível IV por serem estudos de coorte ou caso-controle; e um ao nível II por se tratar de um ensaio clínico randomizado. Todos os estudos utilizaram a abordagem quantitativa.

Entre os países de origem da produção dos artigos, estão Estados Unidos da América (21), Polônia (8), Austrália (5), China (4), Suécia (3), Brasil (2) e Taiwan (2) e um para Alemanha, Áustria, Colômbia, Coreia do Sul, Egito, Índia, Inglaterra, Itália, Japão e País de Gales, respectivamente. Houve publicações desenvolvidas em dois países.

QUADRO 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS DA REVISÃO INTEGRATIVA SEGUNDO TÍTULO, AUTORES, ANO E PERIÓDICO

(continua)

	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	ANO	PERIÓDICO
1	Serum lipids and risk factors for attempted suicide in patients with alcohol dependence	DEISENHAMMER et al.	2006	Alcoholism: clinical and experimental research
2	Suicide attempts among substance use disorder patients: an initial step toward a decision tree for suicide management	TIET et al.	2006	Alcoholism: clinical and experimental research
3	Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups: National clinical survey	HUNT et al.	2006	British journal of psychiatry
4	Analysis of association of clinical correlates and 5-HTTLPR polymorphism with suicidal behavior among Chinese methamphetamine abusers	CHEN et al.	2007	Psychiatry and Clinical neurosciences
5	Predictors of a suicide attempt one year after entry into substance use disorder treatment	ILGEN et al.	2007	Alcoholism: clinical and experimental research
6	Suicidal behavior and associated risk factors among opioid-dependent individuals: a case control study	MALONEY et al.	2007	Addiction
7	The relationship between lifetime abuse and suicidal ideation in a sample of injection drug users	LLOYD et al.	2007	Journal psychoactive drugs
8	Clinical and temperamental differences between early and late onset alcoholism in Korean men	LIM et al.	2008	Comprehensive psychiatry
9	Impulsive suicide attempts predict post-treatment relapse in alcohol-dependent patients	WOJNAR et al.	2008	Drug and alcohol dependence
10	Are non-fatal opioid overdoses misclassified suicide attempts? Comparing the associated correlates	MALONEY et al.	2009a	Addictive behavior
11	Impulsivity and borderline personality as risk factors for suicide attempts among opioid-dependent individuals	MALONEY et al.	2009b	Psychiatry research
12	Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence	WOJNAR et al.	2009	Journal of affective disorders
13	Mono and polysubstance dependent subjects differ on social factors, childhood trauma, personality, suicidal behavior, and comorbid Axis I diagnosis	MARTINOTTI et al.	2009	Addictive behaviors
14	Substance use disorder and suicide attempts in bipolar subtypes	SUBLETTE et al.	2009	Journal psychiatry research
15	Suicidality, aggression, and other treatment considerations among pregnant, substance-dependent women with posttraumatic stress disorder	EGGLESTON et al.	2009	Comprehensive psychiatry
16	The association between partner and non-partner aggression and suicidal ideation in patients seeking substance use disorder treatment	ILGEN et al.	2009	Addictive behavior
17	Alcohol use disorders and acute alcohol use preceding suicide in China	ZHANG; CONNER; PHILLIPS	2010	Addictive behavior
18	Effect of comorbid depression on substance use disorders	ERFAN et al.	2010	Substance abuse

QUADRO 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS DA REVISÃO INTEGRATIVA SEGUNDO TÍTULO, AUTORES, ANO E PERÍODO

(continuação)

19	Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorder	OQUEENDO et al.	2010	Journal clinical psychiatry
20	Investigating the co-occurrence of self-mutilation and suicide attempts among opioid-dependent individuals	MALONEY et al.	2010	Suicide & life-threatening behavior
21	Selective alterations of the CB1 receptors and the fatty acid amide hydrolase in the ventral striatum of alcoholics and suicides	VINOD et al.	2010	Journal of psychiatric research
22	Suicide attempts prior to starting methadone maintenance treatment in Taiwan	CHEN et al.	2010	Drug and alcohol dependence
23	Suicide attempts within 12 months of treatment for substance use disorders	BRITTON; CONNER	2010	Suicide & life-threatening behavior
24	Suicide ideation and attempts among inhalant users: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions	HOWARD et al.	2010	Suicide & life-threatening behavior
25	Association of polymorphisms in HTR2A, HTR1 and TPH2 genes with suicide attempts in alcohol dependence: a preliminary report	WRZOSEK et al.	2011	Psychiatry research.
26	Mortality in alcohol use disorder in the Lundby Community Cohort: a 50 years follow-up	MATTISSON et al.	2011	Drug and alcohol dependence
27	Suicide attempts and overdoses among adults entering addictions treatment: comparing correlates in a U.S. national study	BOHNERT; ROEDER; ILGEN	2011	Drug and alcohol dependence
28	Test of a clinical model of drinking and suicidal risk	CONNER et al.	2011	Alcoholism, clinical and experimental research
29	A comparison of delay discounting among substance users with and without suicide attempt history	LIU et al.	2012	Psychology of addictive behaviors
30	Case-control study in China of risk factor for suicide in men with alcohol use disorders	ZHANG; CONNER; PHILLIPS	2012	Journal of studies on alcohol and drugs
31	Patterns of treatment utilization before suicide among male veterans with substance use disorders	ILGEN et al.	2012	American journal of public health
32	Sex differences in risk factors for suicidality among Japanese substance use disorder patients: association with age, types of abuse substances, and depression	MATSUMOTO et al.	2012	Psychiatry and clinical neurosciences
33	Stressful life events and suicidal behavior in adults with alcohol use disorders: role of event severity, timing, and type	CONNER et al.	2012	Drug alcohol dependence
34	Suicide attempts during heavy drinking episodes among individuals entering alcohol treatment in Warsaw, Poland	KLIMKIEWICZ et al.	2012a	Alcohol and alcoholism
35	The association between insomnia and suicidal thoughts in adults treated for alcohol dependence in Poland	KLIMKIEWICZ et al.	2012b	Drug alcohol dependence
36	The interactive role of distress tolerance and borderline personality disorder in suicide attempts among substance users in residential treatment	ANESTIS et al.	2012	Comprehensive psychiatry
37	Variation in OPRM1 and risk of suicidal behavior in drug-dependent individuals	ARIAS et al.	2012	The american journal on addictions



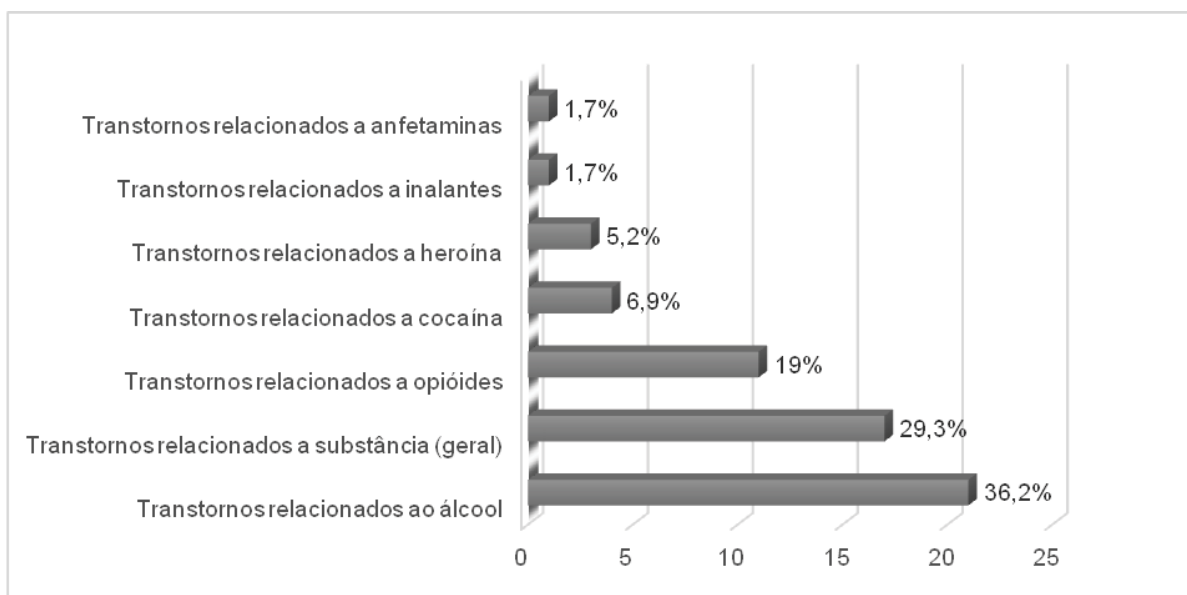
Os continentes de desenvolvimento dos estudos foram América do Norte (21), Europa (16), Ásia (9), Oceania (5), América do Sul (3) e África (1).

O número de autores variou entre 2 e 16, com média de 6,1 com  $DP \pm 2,4$ . Quanto à área de atuação do primeiro autor, segundo o departamento de vinculação, os mais frequentes foram psiquiatria (32), psicologia (5) e estudos de álcool e outras drogas (5).

As áreas de assunto dos periódicos em que os artigos foram publicados variaram de acordo com os seguintes temas: substâncias psicoativas (17), psiquiatria (14), comportamentos aditivos (11), ideação e comportamentos suicidas, (4) e medicina em (2). Somam-se a esses, aqueles artigos que representam assuntos diversos, tais como abuso infantil, ciências naturais e clínicas, doenças autoimunes, psicologia, saúde pública e transtornos afetivos.

Quanto ao tipo dos transtornos relacionados a substâncias investigados nos estudos, destacam-se os transtornos relacionados ao álcool em 36,2%, a diversas substâncias em 29,3% e a opioides em 19% (GRÁFICO 1).

GRÁFICO 1 – TIPOS DE TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS INVESTIGADOS NOS ESTUDOS DA REVISÃO INTEGRATIVA



FONTE: A autora (2020).



A ideação suicida foi mensurada em 18 artigos, sendo avaliada quanto à presença de pensamentos de morte alguma vez durante a vida (8), na última semana (2), nas últimas duas semanas (3), no último mês (3), nos últimos seis meses (2) e no último ano (1). Evidencia-se que a tentativa de suicídio foi o comportamento suicida mais avaliado, correspondendo a 35 estudos da amostra, sendo investigado pelo histórico de tentativa durante a vida (29), no último mês (3), nas últimas duas semanas (1), nos últimos três meses (1), nos últimos seis meses (1) e no último ano (2). Explicita-se que a consumação do suicídio foi pesquisada em nove estudos, sendo identificada, em sua totalidade, segundo registros de bases nacionais.

Dos 43 estudos que mensuraram a ideação e/ou a tentativa de suicídio, 38 utilizaram instrumentos validados, seis elaboraram seus próprios questionamentos e um não apresentou essa informação. Os instrumentos mais utilizados, conforme Tabela 1, para avaliar ideações e comportamentos suicidas foram o *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview*, sequenciado do *Addiction Severity Index* e *Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholism*.

TABELA 1 – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE IDEACÃO E/OU COMPORTAMENTOS SUICIDAS UTILIZADOS NOS ARTIGOS DA REVISÃO INTEGRATIVA. CURITIBA, 2017.

Variáveis	N	%
<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>	9	22,5
<i>Addiction Severity Index (ASI)</i>	7	17,5
<i>Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholism (SSAGA)</i>	5	12,5
<i>Beck Scale for Suicide Ideation</i>	3	7,5
<i>Beck Depression Inventory</i>	3	7,5
<i>Paykel Suicide Scale</i>	2	5
<i>Alcohol use disorder and associated disabilities interview schedule DSM-IV version (AUDADIS IV)</i>	1	2,5
<i>Columbia Suicidal Severity Rating Scale</i>	1	2,5
<i>Columbia Suicide History Scale</i>	1	2,5
<i>Diagnostic interview for genetic study</i>	1	2,5
<i>Escala de Riesgo Suicida de Plutchik</i>	1	2,5
<i>Lifetime Parasuicide Count (LPC)</i>	1	2,5
<i>Montgomery and Asberg Depression (MADRS)</i>	1	2,5
<i>Patient Health Questionnaire (PHQ)</i>	1	2,5
<i>Semi-structure assessment for drug dependence and alcoholism</i>	1	2,5
<i>Structured Clinical Interview for DSM disorders</i>	1	2,5
<i>University of Arkansas substance abuse outcome module</i>	1	2,5
<b>TOTAL</b>	<b>40*</b>	<b>100</b>

FONTE: A autora (2020).

\*NOTA: Dois estudos utilizaram mais de um instrumento para avaliar ideação e/ou tentativa de suicídio.

Nos 54 estudos, foram identificadas 234 citações correspondentes a 77 fatores associados a algum tipo de ideação e/ou comportamentos suicidas, sendo correlacionados 43 vezes aos aspectos sociodemográficos e econômicos; 14 vezes aos clínicos e biológicos; 56 vezes às manifestação de sintomas de transtornos mentais; 22 vezes à cognição, comportamento, emoções e pensamentos; 29 vezes aos eventos de vida estressantes; 47 vezes ao uso de substâncias; e 23 vezes, especificamente, às ideações e comportamentos suicidas (QUADRO 3).

QUADRO 3 – ASPECTOS ASSOCIADOS À IDEAÇÃO E COMPORTAMENTOS SUICIDAS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS NA LITERATURA (continua)

Aspectos socioeconômicos e demográficos	Sexo feminino	<b>N</b> 11
	Indivíduos mais jovens	8
	Baixa condição financeira	4
	Baixo suporte social	4
	Sexo masculino	4
	Caucasianos	3
	Indivíduos mais velhos	3
	Situação de desemprego	2
	Casados	1
	Sem relação conjugal estável	1
	Maior nível escolar	1
	Moradia em zona rural	1
	<b>Total</b>	<b>43</b>
Aspectos clínicos e biológicos		<b>N</b>
	Alterações bioquímicas/genéticas	3
	Dificuldade em dormir	3
	Comorbidade clínica	2
	Menor nível de funcionamento geral	2
	Maior nível de dor	2
	Maior gravidade na área clínica	1
	Triglicerídeos elevados	1
	<b>Total</b>	<b>14</b>
Aspectos relacionados à cognição, comportamento, emoção e pensamentos		<b>N</b>
	Comportamento agressivo	7
	Impulsividade	5
	Comportamento de risco - compartilhar seringas e agulhas	2
	Baixa autoestima	1
	Baixos traços de amabilidade	1
	Baixos traços de conscienciosidade	1
	Comportamento autolesivo	1
	Déficit cognitivo para compreender informações	1
	Desvalorização em relação a recompensa atrasada	1
	Estresse crônico	1
	Expressão de raiva	1
	<b>Total</b>	<b>22</b>



QUADRO 3 – ASPECTOS ASSOCIADOS À IDEIAÇÃO E COMPORTAMENTOS SUICIDAS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS NA LITERATURA

(conclusão)

Aspectos relacionados aos eventos de vida estressantes	Histórico de abuso sexual	N 10
	Histórico de abuso físico	9
	Histórico de traumas/maus tratos/negligência	4
	Histórico de abuso psicológico	3
	Vivência de eventos de vida estressantes	3
	<b>Total</b>	<b>29</b>
Aspectos relacionados aos sintomas psiquiátricos e aos transtornos mentais		N 23
	Transtornos depressivos/episódios depressivos	7
	Transtornos de personalidade	5
	Sintomas psiquiátricos	4
	Transtorno afetivo bipolar	3
	Comorbidade psiquiátrica (geral)	2
	Transtorno de pânico	2
	Histórico familiar de transtorno mental	2
	Transtornos ansiosos	2
	Transtorno de estresse pós-traumático	1
	Baixa adesão ao tratamento em saúde mental	1
	Fobias sociais	1
	Histórico de tratamento em saúde mental	1
	Maior gravidade nos problemas na área psiquiátrica	1
	Menos critérios para transtorno depressivo	1
	Transtornos de conduta	1
	<b>Total</b>	<b>56</b>
Aspectos relacionados ao uso de substâncias		N 6
	Transtornos relacionados ao álcool	5
	Transtornos relacionados aos derivados da cocaína	5
	Maior gravidade dos transtornos relacionados a substâncias	4
	Histórico de tratamento para uso de substâncias	4
	Maior intensidade e/ou frequência do uso de substâncias	3
	Início precoce do uso de substâncias psicoativas	3
	Transtornos relacionados a sedativos e hipnóticos	2
	Histórico de overdose não fatal	2
	Transtornos relacionados à maconha	2
	Transtornos relacionados a múltiplas substâncias	2
	Transtornos relacionados a substâncias ilícitas	2
	Transtornos relacionados ao tabaco	1
	Início precoce dos problemas ocasionados pela substância	1
	Participar em grupos de autoajuda	1
	Recaída	1
	Transtornos relacionados a estimulantes (geral)	1
	Transtornos relacionados a metanfetaminas	1
	Transtornos relacionados ao ecstasy	1
	Utilizar a substância para lidar com os problemas de vida diários	1
	<b>Total</b>	<b>47</b>
Aspectos relacionados aos comportamentos suicidas		N 7
	Histórico de tentativa de suicídio	5
	Histórico de ideação suicida	4
	Histórico de comportamentos suicidas por familiares ou amigos	2
	Múltiplas tentativas de suicídio	2
	Estar sob efeito de substâncias durante a tentativa de suicídio	1
	Baixa autoeficácia para evitar comportamentos suicidas	1
	Comparecer a serviços de saúde antes do suicídio	1
	Tentativa de suicídio não planejada	1
	<b>Total</b>	<b>23</b>

FONTE: A autora (2020).

Considerando o objeto de estudo desta tese, foram identificados 68 fatores associados especificamente às tentativas de suicídio em pessoas com transtornos relacionados a substâncias, tendo em vista 155 menções nos estudos. Os fatores mais citados foram o diagnóstico de transtornos depressivos (14), o sexo feminino (8), idade mais jovem (6), histórico de abuso físico (6) e sexual (6), comportamento agressivo (5), transtornos relacionados ao álcool (5) e cocaína (5), assim como maior gravidade dos transtornos relacionados a substâncias (5).

## 5.2 RESULTADOS DO ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO, OBSERVACIONAL E TRANSVERSAL

Neste tópico, é descrita, inicialmente, a caracterização dos aspectos referentes à tentativa de suicídio durante a vida em pessoas com transtornos relacionados a substâncias, sequenciado das associações entre tentativa e perfil sociodemográfico e econômico, clínico e terapêutico.

### 5.2.1 Caracterização da tentativa de suicídio durante a vida

Entre os 137 participantes, 71 (51,8%) apresentaram histórico de tentativa de suicídio durante a vida (TABELA 2), com média de 2,5 tentativas ( $DP \pm 3,04$ ), e valor mínimo de uma e máximo de 20 tentativas. Na Tabela 2 destaca-se que os métodos utilizados predominantes foram autointoxicação por medicamentos em 32 (26,5%) e lesão por enforcamento, estrangulamento e/ou sufocação em 26 (21,5%).

A faixa etária predominante da primeira tentativa de suicídio foi entre 18 e 34 anos em 32 (45,1%) indivíduos. Houve predomínio de indivíduos que não planejaram a tentativa em 43 (60,6%) e que estavam sob efeito de uma ou mais substâncias no momento da tentativa de suicídio mais letal em 48 (67,6%) (TABELA 2), destes, 36 (75%) utilizaram álcool e 27 (56,2%), cocaína.

Quanto à letalidade da tentativa, 26 (36,6%) apresentaram ausência de danos físicos ou danos muito leves (TABELA 2), no entanto, destes, 23 (88,5%) tinham

letalidade potencial de o comportamento incorrer em morte apesar da existência de assistência médica.

TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS DA TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS. CURITIBA, 2018.

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>Tentativa de suicídio durante a vida</b>						
Não	62	50,8	4	26,7	66	48,2
Sim	60	49,2	11	73,3	71	51,8
<b>Total</b>	122	100	15	100	137	100
<b>Métodos utilizados</b>						
Autointoxicação por medicamentos	25	24,8	7	35	32	26,5
Autointoxicação por drogas ilícitas	6	5,9	2	10	8	6,6
Autointoxicação por gases e vapores	3	3	-	-	3	2,5
Autointoxicação por pesticidas	8	7,9	2	10	10	8,3
Lesão por enforcamento, estrangulamento e sufocação	21	20,8	5	25	26	21,5
Lesão por disparo de arma de fogo	4	4	1	5	5	4,1
Lesão por objeto cortante ou penetrante	12	11,9	1	5	13	10,7
Lesão por precipitação de local elevado	6	5,9	2	10	8	6,6
Lesão por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento	8	7,9	-	-	8	6,6
Lesão por impacto de um veículo motor	5	4,9	-	-	5	4,1
Outros <sup>a</sup>	3	3	-	-	3	2,5
<b>Total</b>	101	100	20	100	121	100
<b>Idade da primeira tentativa</b>						
6 a 17 anos	8	13,3	5	45,4	13	18,3
18 a 34 anos	28	46,7	4	36,4	32	45,1
≥ 35 anos	21	35	2	18,2	23	32,4
Não informado	3	5	-	-	3	4,2
<b>Total</b>	60	100	11	100	71	100
<b>Planejamento da tentativa</b>						
Não	36	60	7	63,6	43	60,6
Sim	24	40	4	36,4	28	39,4
<b>Total</b>	60	100	11	100	71	100
<b>Sob efeito de substâncias na tentativa</b>						
Não	19	31,7	4	36,4	23	32,4
Sim	41	68,3	7	63,6	48	67,6
<b>Total</b>	60	100	11	100	71	100
<b>Letalidade efetiva da tentativa</b>						
Ausência de danos físicos ou danos muito leves	25	41,7	1	9,1	26	36,6
Danos físicos leves	7	11,7	1	9,1	8	11,3
Danos físicos moderados	14	23,3	4	36,3	18	25,3
Danos físicos relativamente graves	12	20	4	36,4	16	22,6
Danos físicos graves	2	3,3	1	9,1	3	4,2
<b>Total</b>	60	100	11	100	71	100
<b>Acesso a serviço de saúde no mês que antecedeu a tentativa</b>						
Não	52	86,7	10	90,9	62	87,3
Sim	8	13,3	1	9,1	9	12,7
<b>Total</b>	60	100	11	100	71	100

FONTE: A autora (2020).

NOTA: <sup>a</sup>Lesão por afogamento e submersão; lesão por fumaça, fogo ou chamas; e lesão por objeto contundente.

### 5.2.2 Perfil sociodemográfico e econômico, clínico e terapêutico das pessoas com transtornos relacionados a substâncias e associação com tentativa de suicídio durante a vida

Com base no perfil demográfico e econômico, 122 (89%) eram homens, 47 (34,4%) encontravam-se na faixa etária de 18 a 29 anos, com idade média de 42,7 anos ( $DP \pm 12,5$ ), 113 (82,5%) não tinham relação conjugal estável, 61 (44,5%) apresentaram titulação máxima de ensino fundamental completo e 96 (70,1%) consideraram a renda familiar insuficiente para as necessidades básicas de vida (TABELA 3).

Considerando a correlação entre tentativa de suicídio durante a vida e as variáveis demográficas e econômicas, Tabela 3, nenhuma resultou em significância estatística. No entanto, houve o predomínio de tentativa de suicídio entre aqueles com idade entre 18 e 29 anos em 30 (63,8%) e dependência financeira de amigos e familiares em 29 (63%).

TABELA 3 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.

(continua)

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)
<b>Sexo</b>						0,102
Feminino	-	-	-	-	15(11)	11(73,3)
Masculino	-	-	-	-	122(89)	60(49,2)
<b>Total</b>	-	-	-	-	137(100)	71(51,8)
<b>Idade</b>		0,275		0,451		0,133
18 a 29 anos	42(34,4)	25(59,5)	5(33,3)	5(100)	47(34,4)	30(63,8)
30 a 49 anos	40(32,8)	18(45)	5(33,3)	3(60)	45(32,8)	21(46,7)
> 50 anos	40(32,8)	17(42,5)	5(33,4)	3(60)	45(32,8)	20(44,4)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Raça</b>		0,464		1,000		0,304
Branca	52(42,6)	28(53,8)	11(73,3)	8(72,7)	63(46)	36(57,1)
Negros/Amarelo/Pardo/Indígena	70(57,4)	32(45,7)	4(26,7)	3(75)	74(54)	35(47,3)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Situação conjugal</b>		0,808		1,000		1,000
Relacionamento estável	20(16,4)	9(45)	4(26,7)	3(75)	24(17,5)	12(50)
Sem relacionamento estável <sup>b</sup>	102(83,6)	51(50)	11(73,3)	8(72,7)	113(82,5)	59(52,2)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)

TABELA 3 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.

(conclusão)

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS N (%)	N (%)	TS N(%)
<b>Escolaridade</b>		0,721		0,692		0,647
Ensino Fundamental	55(45,1)	29(52,7)	6(40)	5(83,3)	61(44,5)	34(55,7)
Ensino Médio	39(32)	20(51,3)	8(53,3)	5(62,5)	47(34,3)	25(53,2)
Ensino Superior	5(4,1)	2(40)	-	-	5(3,7)	2(40)
Nenhuma	23(18,8)	9(39,1)	1(6,7)	1(100)	24(17,5)	10(41,6)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Situação empregatícia</b>		0,279		1,000		0,320
Desempregado e em busca de trabalho	46(37,7)	22(47,8)	6(40)	4(66,7)	52(38)	26(50)
Fora do mercado de trabalho	48(39,3)	20(41,7)	7(46,7)	5(71,4)	55(40,1)	25(45,4)
Trabalho de turno integral	13(10,7)	8(61,5)	-	-	13(9,5)	8(61,5)
Trabalho de meio período	3(2,5)	3(100)	-	-	3(2,2)	3(100)
Trabalho temporário	12(9,8)	7(58,3)	2(13,3)	2(100)	14(10,2)	9(64,3)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Tempo de duração do trabalho mais longo</b>		p: 0,539		p: 1,000		p: 0,730
≤ 2 anos	41(33,6)	20(48,8)	8(53,4)	6(75)	49(35,8)	26(53,1)
> 2 a 6 anos	41(33,6)	18(43,9)	5(33,3)	4(80)	46(33,6)	22(47,8)
> 6 anos	39(32)	22(56,4)	2(13,3)	1(50)	41(29,9)	23(56,1)
Não soube informar	1(0,8)	-	-	-	1(0,7)	-
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Renda bruta nos últimos seis meses</b>		p: 0,060		p: 0,333		p: 0,221
≤ 2.000 reais	18(30,5)	6(33,3)	4(66,7)	4(100)	22(33,8)	10(45,4)
2.001 a 7.000 reais	21(35,6)	15(71,4)	2(33,3)	1(50)	23(35,4)	16(69,5)
> 7.000 reais	20(33,9)	10(50)	-	-	20(30,8)	10(50)
<b>Total</b>	59(100)	31(52,5)	6(100)	5(63,3)	65(100)	36(55,4)
<b>Dependência financeira de familiares e/ ou amigos</b>		p: 0,180		p: 0,231		p: 0,072
Não	81(66,4)	36(44,4)	10(66,6)	6(60)	91(66,4)	42(46,1)
Sim	41(33,6)	24(58,5)	5(33,4)	5(100)	46(33,6)	29(63)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Renda suficiente para necessidades básicas</b>		p: 0,697		p: 0,516		p: 0,577
Não	84(68,9)	40(47,6)	12(80)	8(66,7)	96(70,1)	48(50)
Sim	38(31,1)	20(52,6)	3(20)	3(100)	41(29,9)	23(56,1)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Número de dependentes para sustento financeiro</b>		p: 0,603		p: 0,585		p: 0,659
Nenhum	83(68)	39(47)	6(40)	5(83,3)	89(65)	44(49,4)
1	18(14,8)	11(61,1)	7(46,7)	4(57,1)	25(18,2)	15(60)
2 a 5	21(17,2)	10(47,6)	2(13,3)	2(100)	23(16,8)	12(52,2)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Histórico de situação de rua</b>		p: 0,789		p: 0,681		p: 1,000
Não	52(42,6)	28(53,8)	10(66,7)	8(80)	62(45,3)	36(58,1)
Sim	70(57,4)	32(45,7)	5(33,3)	3(60)	75(54,7)	35(46,7)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)

FONTE: A autora (2020).

NOTA: <sup>a</sup>TS: tentativa de suicídio durante a vida. <sup>b</sup>Viúvos, divorciados, separados e solteiros.

Entre os aspectos sociais, quanto à família e atividades desenvolvidas, descritos na Tabela 4, 92 (67,2%) tinham filhos, 17 (12,4%) foram supervisionados pelo Conselho Tutelar ou programas de proteção a crianças e adolescentes, 81 (59,1%) não haviam se relacionado amorosamente com alguém no último mês, 71 (51,8%) não tinham amigos e 110 (80,3%) consideravam importante os relacionamentos interpessoais em suas vidas. Entre as atividades desenvolvidas, 92 (67,2%) praticavam atividades religiosas e 22 (16,1%), voluntárias.

Na correlação entre as variáveis da Tabela 4 com o desfecho de tentativa de suicídio, é apresentada associação em participação de atividades religiosas ( $p: 0,046$ ).

TABELA 4 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS SOBRE FAMÍLIA E ATIVIDADES SOCIAIS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.

(continua)

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)
<b>Número de filhos</b>		$p: 0,126$		$p: 1,000$		$p: 0,143$
Nenhum	44(36,1)	23(52,3)	1(6,7)	1(100)	45(32,8)	24(53,3)
1	27(22,1)	17(63)	9(60)	6(66,7)	36(26,3)	23(63,9)
≥ 2	51(41,8)	20(39,2)	5(33,3)	4(80)	56(40,9)	24(42,8)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Investigação ou supervisão pelo Conselho Tutelar</b>		$p: 0,120$		$p: 1,000$		$p: 0,121$
Não	110(90,2)	51(46,4)	9(60)	7(77,8)	119(86,9)	58(48,7)
Sim	11(9)	8(72,7)	6(40)	4(66,7)	17(12,4)	12(70,6)
Não soube informar	1(0,8)	-	-	-	1(0,7)	-
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	70(51,1)
<b>Apoio da família</b>		$p: 0,248$		$p: 1,000$		$p: 0,211$
Não	40(32,8)	23(57,5)	7(46,7)	5(71,4)	47(34,3)	28(59,5)
Sim	82(67,2)	37(45,1)	8(53,3)	6(75)	90(65,7)	43(47,8)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Relacionamento amoroso no último mês</b>		$p: 0,577$		$p: 1,000$		$p: 0,385$
Não	75(61,5)	35(46,7)	6(40)	4(66,7)	81(59,1)	39(48,1)
Sim	47(38,5)	25(53,2)	9(60)	7(77,8)	56(40,9)	32(57,1)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Apoio do parceiro</b>		$p: 0,755$		$p: 0,444$		$p: 0,574$
Não	15(31,9)	7(46,7)	5(55,6)	3(60)	20(35,7)	10(50)
Sim	32(68,1)	18(56,2)	4(44,4)	4(100)	36(64,3)	22(61,1)
<b>Total</b>	47(100)	25(53,2)	9(100)	7(77,8)	56(100)	32(57,1)
<b>Número de amigos íntimos</b>		$p: 0,238$		$p: 0,169$		$p: 0,075$
Nenhum	62(50,8)	36(58,1)	9(60)	8(88,9)	71(51,8)	44(62)
1	15(12,3)	5(33,3)	1(6,7)	-	16(11,7)	5(31,2)
2 a 5	30(24,6)	13(43,3)	1(6,7)	1(100)	31(22,6)	14(45,2)
≥ 6	15(12,3)	6(40)	4(26,6)	2(50)	19(13,9)	8(42,1)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)

TABELA 4 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS SOBRE FAMÍLIA E ATIVIDADES SOCIAIS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.

(conclusão)

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)
<b>Apoio de amigos íntimos</b>		<i>p: 0,248</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,408</i>
Não	17(28,3)	9(52,9)	1(16,7)	-	18(27,3)	9(50)
Sim	43(71,7)	15(34,9)	5(83,3)	3(60)	48(72,7)	18(37,5)
<b>Total</b>	60(100)	24(40)	6(100)	3(50)	66(100)	27(40,9)
<b>Importância de relacionamento interpessoal</b>		<i>p: 0,367</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,520</i>
Não	24(19,7)	14(58,3)	3(20)	2(66,7)	27(19,7)	16(59,2)
Sim	98(80,3)	46(46,9)	12(80)	9(75)	110(80,3)	55(50)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Preocupação com os problemas de relacionamento interpessoal</b>		<i>p: 0,152</i>		<i>p: 0,366</i>		<i>p: 0,226</i>
Nada	46(37,7)	18(39,1)	5(33,3)	4(80)	51(37,3)	22(43,1)
Levemente	15(12,3)	11(73,3)	1(6,7)	1(100)	16(11,7)	12(75)
Moderadamente	14(11,5)	6(42,8)	4(26,7)	4(100)	18(13,1)	10(55,5)
Consideravelmente	16(13,1)	7(43,7)	2(13,3)	1(50)	18(13,1)	8(44,4)
Extremamente	31(25,4)	18(58,1)	3(20)	1(33,3)	34(24,8)	19(55,8)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Participação em atividades religiosas</b>		<i>p: 0,084</i>		<i>p: 0,516</i>		<i>p: 0,046*</i>
Não	41(33,6)	25(61)	4(26,7)	4(100)	45(32,8)	29(64,4)
Sim	81(66,4)	35(43,2)	11(73,3)	7(63,6)	92(67,2)	42(45,6)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Participação em atividades voluntárias</b>		<i>p: 0,808</i>		<i>p: 0,476</i>		<i>p: 0,642</i>
Não	102(83,6)	51(50)	13(86,7)	10(76,9)	115(83,9)	61(53)
Sim	20(16,4)	9(45)	2(13,3)	1(50)	22(16,1)	10(45,4)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)

FONTE: A autora (2020).

NOTA: <sup>a</sup>TS: tentativa de suicídio durante a vida. \*Valor de *p* no teste exato de Fisher.

Considerando as questões sociais, especificamente os aspectos judiciais, 84 (61,3%) participantes apresentaram histórico prisional ou de detenção durante a vida. Ademais, no que concerne aos aspectos criminais, 15 (10,9%) afirmaram ter roubado alguém nos últimos seis meses. Nenhuma variável mostrou associação com o desfecho (TABELA 5).



TABELA 5 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIAIS SOBRE ASPECTOS JUDICIAIS E CRIMINAIS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)
<b>Histórico prisional e/ou de detenção</b>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,231</i>		<i>p: 1,000</i>
Não	43(35,2)	21(48,8)	10(66,7)	6(60)	53(38,7)	27(50,9)
Sim	79(64,8)	39(49,4)	5(33,3)	5(100)	84(61,3)	44(52,4)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Idade em que foi preso</b>		<i>p: 0,582</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,712</i>
12 a 20 anos	27(37,5)	11(40,7)	2(40)	2(100)	29(37,6)	13(44,8)
21 a 27 anos	24(33,3)	13(54,2)	1(20)	1(100)	25(32,5)	14(56)
≥ 28 anos	21(29,2)	11(52,4)	2(40)	2(100)	23(29,9)	13(56,5)
<b>Total</b>	72(100)	35(48,6)	5(100)	5(100)	77(100)	40(51,9)
<b>Venda ou fabricação de drogas nos últimos seis meses</b>		<i>p: 0,488</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,496</i>
Não	114(93,4)	55(48,2)	14(93,3)	10(71,4)	128(93,4)	65(50,8)
Sim	8(6,6)	5(62,5)	1(6,7)	1(100)	9(6,6)	6(66,7)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Roubou alguém nos últimos seis meses</b>		<i>p: 0,778</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,787</i>
Não	108(88,5)	54(50)	14(93,3)	10(71,4)	122(89,1)	64(52,4)
Sim	14(11,5)	6(42,8)	1(6,7)	1(100)	15(10,9)	7(46,7)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)

FONTE: A autora (2020).

NOTA: <sup>a</sup>TS: tentativa de suicídio durante a vida.

Quanto ao perfil clínico, especificamente sobre saúde física, 30 (21,9%) pessoas apresentaram diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, 17 (12,4%), convulsão, e 21 (15,3%) experimentaram dor física extrema nos últimos 30 dias (TABELA 6).

A Tabela 6 mostra a associação, na amostra total, entre tentativa de suicídio e comorbidade clínica de condição respiratória ( $p: 0,032$ ), dor no último mês ( $p: 0,044$ ) e dias de problemas relacionados à saúde física ( $p: 0,005$ ). Na estratificação por sexo, além das associações supracitadas, houve associação entre o desfecho e condição crônica hepática ( $p: 0,031$ ) e como considera a saúde física ( $p: 0,013$ ) no sexo masculino.



TABELA 6 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS SOBRE SAÚDE FÍSICA DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.

(continua)

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)
<b>Hipertensão</b>		<i>p: 0,957</i>		<i>p: 0,930</i>		<i>p: 1,000</i>
Não	96(78,7)	45(46,8)	11(73,3)	8(72,7)	107(78,1)	53(49,5)
Sim	26(21,3)	15(57,7)	4(26,7)	3(75)	30(21,9)	18(60)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Diabetes</b>		<i>p: 0,116</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,121</i>
Não	119(97,5)	57(47,9)	14(93,3)	10(71,4)	133(97,1)	67(50,4)
Sim	3(2,5)	3(100)	1(6,7)	1(100)	4(2,9)	4(100)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Acidente vascular cerebral</b>		<i>p: 0,203</i>				<i>p: 0,367</i>
Não	117(95,9)	56(47,8)	15(100)	11(73,3)	132(96,4)	67(50,7)
Sim	5(4,1)	4(80)	-	-	5(3,6)	4(80)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Convulsão</b>		<i>p: 0,292</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,306</i>
Não	106(86,9)	50(47,2)	14(93,3)	10(71,4)	120(87,6)	60(50)
Sim	16(13,1)	10(62,5)	1(6,7)	1(100)	17(12,4)	11(64,7)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Hepatite</b>		<i>p: 0,761</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,766</i>
Não	111(91)	54(48,6)	14(93,3)	10(71,4)	125(91,2)	64(51,2)
Sim	11(9)	6(54,5)	1(6,7)	1(100)	12(8,8)	7(58,3)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Condição hepática crônica</b>		<i>p: 0,031*</i>		<i>p: 0,267</i>		<i>p: 0,168</i>
Não	114(93,4)	53(46,5)	14(93,3)	11(78,6)	128(93,4)	64(50)
Sim	8(6,6)	7(87,5)	1(6,7)	-	9(6,6)	7(77,7)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Condição renal crônica</b>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,476</i>		<i>p: 1,000</i>
Não	116(95,1)	57(49,1)	13(86,7)	10(76,9)	129(94,2)	67(51,9)
Sim	6(4,9)	3(50)	2(13,3)	1(50)	8(5,8)	4(50)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Condição respiratória crônica</b>		<i>p: 0,028*</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,032*</i>
Não	111(91)	51(45,9)	14(93,3)	10(71,4)	125(91,2)	61(48,8)
Sim	11(9)	9(81,8)	1(6,7)	1(100)	12(8,8)	10(83,3)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Dor no último mês</b>		<i>p: 0,046*</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,044*</i>
Nada	71(58,2)	30(42,2)	8(53,3)	6(75)	79(57,7)	36(45,6)
Levemente	14(11,5)	5(35,7)	-	-	14(10,2)	5(35,7)
Moderadamente	13(10,6)	7(53,8)	1(6,7)	1(100)	14(10,2)	8(57,1)
Consideravelmente	8(6,6)	7(87,5)	1(6,7)	1(100)	9(6,6)	8(88,9)
Extremamente	16(13,1)	11(68,7)	5(33,3)	3(60)	21(15,3)	14(66,7)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Dias de problemas relacionados a saúde física no último mês</b>		<i>p: 0,002*</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,005*</i>
Nenhum	85(69,7)	37(43,5)	8(53,3)	6(75)	93(67,9)	43(46,2)
1 a 7 dias	15(12,3)	5(33,3)	6(40)	4(66,7)	21(15,3)	9(42,8)
10 a 30 dias	22(18)	18(81,8)	1(6,7)	1(100)	23(16,8)	19(82,6)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)

TABELA 6 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS SOBRE SAÚDE FÍSICA DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.

(conclusão)

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)
<b>Como considera a saúde física</b>		<i>p: 0,013*</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,052</i>
Excelente	16(13,1)	7(43,7)	1(6,6)	1(100)	17(12,4)	8(47,1)
Muito Boa	4(3,3)	2(50)	2(13,4)	1(50)	6(4,4)	3(50)
Boa	42(34,4)	15(35,7)	5(33,3)	4(80)	47(34,3)	19(40,4)
Razoável	42(34,4)	21(50)	5(33,3)	4(80)	47(34,3)	25(53,2)
Ruim	18(14,8)	15(83,3)	2(13,4)	1(50)	20(14,6)	16(80)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)

FONTE: A autora (2020).

NOTA: <sup>a</sup>TS: tentativa de suicídio durante a vida. \*Valor de *p* no teste exato de Fisher.

Entre os transtornos relacionados a substâncias, 134 participantes relataram ter experimentado álcool alguma vez durante a vida, com idade de experimentação prevalente igual ou inferior a 14 anos em 52 (37,9%). Entre os 101 (73,7%) que referiram uso de álcool nos últimos seis meses, 44 (43,6%) utilizaram num período inferior a quatro dias no último mês (TABELA 7).

Entre aqueles que utilizaram álcool no mês que antecedeu a entrevista, 47 (59,5%) tiveram problemas em decorrência do consumo, 48 (60,8%) apresentaram sintomas de abstinência, assim como dificuldade em controlar o consumo (TABELA 7).

Ao correlacionar a tentativa de suicídio com variáveis relacionadas ao álcool, Tabela 7, houve associação estatística com problemas decorrentes do uso de álcool no último mês (*p*: 0,041) e dificuldade em controlar o consumo (*p*: 0,023). Ambas as variáveis mostraram associação entre tentativa de suicídio e sexo masculino. Destaca-se o predomínio de tentativa de suicídio, na amostra total, entre aqueles que experimentaram álcool com idade igual ou inferior a 14 anos em 31 (59,6%).

TABELA 7 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS SOBRE USO DE ÁLCOOL DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.

(continua)

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)
<b>Idade de experimentação de álcool</b>		<i>p: 0,119</i>		<i>p: 0,245</i>		<i>p: 0,125</i>
≥14 anos	49(40,2)	29(59,2)	3(20)	2(66,7)	52(37,9)	31(59,6)
15 a 17 anos	39(32)	17(43,6)	8(53,3)	7(87,5)	47(34,3)	24(51,1)
18 a 50 anos	32(26,2)	12(37,5)	3(20)	1(33,3)	35(25,6)	13(37,1)
Não informado	2(1,6)	-	1(6,7)	-	3(2,2)	-
<b>Total</b>	122(100)	58(47,5)	15(100)	10(66,7)	137(100)	68(49,6)
<b>Anos de uso ativo de álcool</b>		<i>p: 0,637</i>		<i>p: 0,708</i>		<i>p: 0,692</i>
Nenhum	24(19,7)	12(50)	7(46,6)	6(85,7)	31(22,6)	18(58,1)
1 a 10 anos	33(27)	15(45,4)	3(20)	2(66,7)	36(26,3)	17(47,2)
11 a 20 anos	28(22,9)	15(53,6)	3(20)	2(66,7)	31(22,6)	17(54,8)
21 a 30 anos	14(11,5)	9(64,3)	1(6,7)	-	15(11)	9(60)
31 a 54 anos	23(18,9)	9(39,1)	1(6,7)	1(100)	24(17,5)	10(41,7)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Frequência de consumo de álcool nos últimos seis meses</b>		<i>p: 0,600</i>		<i>p: 0,780</i>		<i>p: 0,820</i>
1 a 2 vezes na semana	57(46,7)	31(54,4)	5(33,3)	3(60)	62(45,2)	34(54,8)
1 a 3 vezes por mês	35(28,7)	16(45,7)	4(26,7)	3(75)	39(28,5)	19(48,7)
Sem uso	30(24,6)	13(43,3)	6(40)	5(83,3)	36(26,3)	18(50)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Frequência de consumo de álcool no último mês</b>		<i>p: 0,133</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,083</i>
≥ 4 dias	41(44,6)	20(48,8)	3(33,3)	2(66,7)	44(43,6)	22(50)
5 a 20 dias	33(35,9)	14(42,4)	2(22,2)	1(50)	35(34,6)	15(42,8)
21 a 30 dias	18(19,5)	13(72,2)	4(44,5)	3(75)	22(21,8)	16(72,7)
<b>Total</b>	92(100)	47(51,1)	9(100)	6(66,7)	101(100)	53(52,5)
<b>Fissura por álcool no último mês</b>		<i>p: 0,365</i>		<i>p: 0,282</i>		<i>p: 0,732</i>
Não	59(48,4)	26(44,1)	8(53,3)	7(87,5)	67(48,9)	33(49,2)
Sim	62(50,8)	33(53,2)	7(46,7)	4(57,1)	69(50,4)	37(53,6)
Não informado	1(0,8)	-	-	-	1(0,7)	-
<b>Total</b>	122(100)	59(48,3)	15(100)	11(73,3)	137(100)	70(51,1)
<b>Problemas decorrentes do uso de álcool no último mês</b>		<i>p: 0,029*</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,041*</i>
Não	28(38,9)	9(32,1)	4(57,1)	3(75)	32(40,5)	12(37,5)
Sim	44(61,1)	27(61,4)	3(42,9)	2(66,7)	47(59,5)	29(61,7)
<b>Total</b>	72(100)	36(50)	7(100)	5(71,4)	79(100)	41(51,9)
<b>Sintomas de abstinência do álcool no último mês</b>		<i>p: 0,031*</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,023*</i>
Não	29(40,3)	10(34,5)	2(28,6)	2(100)	31(39,2)	12(38,7)
Sim	43(59,7)	26(60,5)	5(71,4)	3(60)	48(60,8)	29(60,4)
<b>Total</b>	72(100)	36(50)	7(100)	5(71,4)	79(100)	41(51,9)

TABELA 7 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS SOBRE USO DE ÁLCOOL NAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)
<b>Dificuldade em controlar consumo de álcool no último mês</b>		<i>p: 0,031*</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,023*</i>
Não	30(41,7)	10(33,3)	1(14,3)	1(100)	31(39,2)	11(35,5)
Sim	42(58,3)	26(61,9)	6(85,7)	4(66,7)	48(60,8)	30(62,5)
<b>Total</b>	72(100)	36(50)	7(100)	5(71,4)	79(100)	41(51,9)
<b>Importância da abstinência do álcool</b>		<i>p: 0,803</i>		<i>p: 0,692</i>		<i>p: 0,543</i>
Nada	34(27,9)	18(52,9)	6(40)	5(83,3)	40(29,2)	23(57,5)
Levemente	1(0,8)	-	-	-	1(0,7)	-
Moderadamente	6(4,9)	4(66,7)	1(6,7)	1(100)	7(5,1)	5(71,4)
Consideravelmente	7(5,7)	3(42,8)	-	-	7(5,1)	3(42,9)
Extremamente	74(60,7)	35(47,3)	8(53,3)	5(62,5)	82(59,9)	40(48,8)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	70(51,8)

FONTE: A autora (2020).

NOTA: <sup>a</sup>TS: tentativa de suicídio durante a vida. \*Valor de *p* no teste exato de Fisher.

Considerando outras substâncias, 97 (70,8%) pessoas consumiram substâncias ilícitas em algum momento de suas vidas com frequência de três ou mais dias da semana. Salienta-se que entre a amostra, 105 (76,6%) utilizaram alguma vez em suas vidas derivados de cocaína e 107 (78,1%), maconha.

Indica-se que 62 (45,3%) participantes apresentaram tempo igual ou superior a 12 anos ativos de consumo de substância ilícita. Quanto ao consumo no último mês, 32 (37,2%) apresentaram frequência de consumo entre 4 e 20 dias (TABELA 8).

A Tabela 8 mostra que, entre aqueles que utilizaram substâncias ilícitas no mês que antecedeu a entrevista, 50 (71,4%) vivenciaram sintomas de síndrome de abstinência, 54 (77,1%), dificuldades em controlar o consumo, e 44 (62,9%), problemas decorrentes do uso. Quanto ao diagnóstico em prontuário, enfatiza-se o predomínio de transtornos relacionados ao uso de álcool em 54 (39,4%).

Ao correlacionar as variáveis da Tabela 8 com a tentativa de suicídio durante a vida, destaca-se a associação estatística com problemas decorrentes do uso de substâncias na amostra total (*p*: 0,049).

TABELA 8 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS SOBRE USO DE SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)
<b>Idade de experimentação de derivados de cocaína</b>		<i>p: 0,233</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,177</i>
10 a 17 anos	35(36,8)	21(60)	3(30)	3(100)	38(36,2)	24(63,1)
18 a 25 anos	43(45,3)	19(44,2)	1(10)	1(100)	44(41,9)	20(45,4)
26 a 52 anos	17(17,9)	9(52,9)	6(60)	5(83,3)	23(21,9)	14(60,9)
<b>Total</b>	95(100)	49(51,6)	10(100)	9(90)	105(100)	58(55,2)
<b>Anos de uso ativo de derivados de cocaína</b>		<i>p: 0,420</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,512</i>
≤ 7 anos	27(28,4)	13(48,1)	8(80)	7(87,5)	35(33,4)	20(57,1)
8 a 15 anos	39(41,1)	18(46,1)	2(20)	2(100)	41(39)	20(48,8)
≥ 16 anos	29(30,5)	18(62,1)	-	-	29(27,6)	18(62,1)
<b>Total</b>	95(100)	49(51,6)	10(100)	9(90)	105(100)	58(55,2)
<b>Uso de derivados de cocaína no último mês</b>		<i>p: 0,990</i>		<i>p: 0,200</i>		<i>p: 0,937</i>
1 a 10 dias	30(31,6)	16(53,3)	4(40)	4(100)	34(32,4)	20(58,8)
11 a 21 dias	11(11,6)	6(54,5)	2(20)	1(50)	13(12,4)	7(53,8)
22 a 30 dias	18(18,9)	9(50)	-	-	18(17,1)	9(50)
Sem Uso	36(37,9)	18(50)	4(40)	4(100)	40(38,1)	22(55)
<b>Total</b>	95(100)	49(51,6)	10(100)	9(90)	105(100)	58(55,2)
<b>Idade de experimentação da maconha</b>		<i>p: 0,091</i>		<i>p: 0,400</i>		<i>p: 0,087</i>
≤ 17 anos	67(69,1)	37(55,2)	6(60)	6(100)	73(68,2)	43(58,9)
≥ 18 anos	30(30,9)	11(36,7)	4(40)	3(75)	34(31,8)	14(41,2)
<b>Total</b>	97(100)	48(49,5)	10(100)	9(90)	107(100)	57(53,3)
<b>Anos de uso ativo de maconha</b>		<i>p: 0,423</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,302</i>
≤ 1 ano	31(32,6)	18(58)	6(60)	5(83,3)	37(35,2)	23(62,2)
2 a 10 anos	35(36,9)	17(48,6)	3(30)	3(100)	38(36,2)	20(52,6)
12 a 47 anos	29(30,5)	12(41,4)	1(10)	1(100)	30(28,6)	13(43,3)
<b>Total</b>	95(100)	47(49,5)	10(100)	9(90)	105(100)	56(53,3)
<b>Uso de maconha no último mês</b>		<i>p: 0,144</i>		<i>p: 0,500</i>		<i>p: 0,180</i>
1 a 12 dias	14(14,4)	6(42,8)	2(20)	2(100)	16(14,9)	8(50)
15 a 30 dias	19(19,6)	6(31,6)	3(30)	2(66,7)	22(20,6)	8(36,4)
Sem uso	64(66)	36(56,2)	5(50)	5(100)	69(64,5)	41(59,4)
<b>Total</b>	97(100)	48(49,5)	10(100)	9(90)	107(100)	57(53,3)
<b>Anos de uso ativo de substâncias ilícitas</b>		<i>p: 0,832</i>		<i>p: 0,185</i>		<i>p: 0,368</i>
1 a 10 anos	27(22,1)	14(51,8)	8(53,3)	7(87,5)	35(25,6)	21(60)
≥ 12 anos	60(49,2)	29(48,3)	2(13,4)	2(100)	62(45,3)	31(50)
Não consomem	30(24,6)	13(43,3)	5(33,3)	2(40)	35(25,5)	15(42,9)
<b>Total</b>						
<b>Frequência de uso de substâncias ilícitas no último mês</b>		<i>p: 0,312</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,275</i>
≤ 3 dias	27(35,5)	12(44,4)	2(20)	2(100)	29(33,7)	14(48,3)
4 a 20	26(34,2)	17(65,4)	6(60)	5(83,3)	32(37,2)	22(68,7)
≥ 21 dias	23(30,3)	12(52,2)	2(20)	2(100)	25(29,1)	14(56)
<b>Total</b>	76(100)	41(53,9)	10(100)	9(100)	86(100)	50(58,1)

TABELA 8 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS SOBRE USO DE SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL		(conclusão)
	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	
<b>Sintomas de abstinência de substâncias ilícitas no último mês</b>		<i>p: 0,272</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,287</i>	
Não	18(29)	12(66,7)	2(25)	2(100)	20(28,6)	14(70)	
Sim	44(71)	22(50)	6(75)	5(83,3)	50(71,4)	27(54)	
<b>Total</b>	62(100)	34(54,8)	8(100)	7(87,5)	70(100)	41(58,6)	
<b>Dificuldade em controlar o consumo de substâncias ilícitas</b>		<i>p: 0,546</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,399</i>	
Não	14(22,6)	9(64,3)	2(25)	2(100)	16(22,9)	11(68,7)	
Sim	48(77,4)	25(52,1)	6(75)	5(83,3)	54(77,1)	30(55,5)	
<b>Total</b>	62(100)	34(54,8)	8(100)	7(87,5)	70(100)	41(58,6)	
<b>Problemas decorrentes do uso de substâncias ilícitas</b>		<i>p: 0,030<sup>‡</sup></i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,049<sup>‡</sup></i>	
Não	20(32,8)	7(35)	5(62,5)	4(80)	25(36,2)	11(44)	
Sim	41(67,2)	27(65,8)	3(37,5)	3(100)	44(63,9)	30(68,2)	
<b>Total</b>	61(100)	34(55,7)	8(100)	7(87,5)	69(100)	41(59,4)	
<b>Importância da abstinência de substâncias ilícitas</b>		<i>p: 0,800</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,871</i>	
Nada	10(11,5)	4(40)	1(10)	1(100)	11(11,3)	5(45,4)	
Levemente	2(2,3)	1(50)	-	-	2(2,1)	1(50)	
Moderadamente	1(1,1)	1(100)	-	-	1(1)	1(100)	
Consideravelmente	4(4,6)	3(75)	-	-	4(4,1)	3(75)	
Extremamente	70(80,5)	35(50)	9(90)	8(88,9)	79(81,5)	43(54,4)	
<b>Total</b>	87(100)	44(50,6)	10(100)	9(90)	97(100)	53(54,6)	
<b>Diagnósticos de transtornos relacionados a substâncias</b>		<i>p: 0,708</i>		<i>p: 0,363</i>		<i>p: 0,472</i>	
Transtornos relacionados a cocaína	25(20,4)	14(56)	4(26,7)	4(100)	29(21,2)	18(62,1)	
Transtornos relacionados a opioides	1(0,8)	1(100)	-	-	1(0,7)	1(100)	
Transtornos relacionados a múltiplas substâncias	48(39,4)	22(45,8)	5(33,3)	4(80)	53(38,7)	26(49)	
Transtornos relacionados ao álcool	48(39,4)	23(47,9)	6(40)	3(50)	54(39,4)	26(48,1)	
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)	

FONTE: A autora (2020).

NOTA: <sup>a</sup>TS: tentativa de suicídio durante a vida. <sup>\*</sup>Valor de *p* no teste exato de Fisher. <sup>‡</sup>Valor de *p* no teste de qui-quadrado de Pearson.

De acordo com a Tabela 9, no que concerne à ideação suicida e aos comportamentos suicidas nos aspectos clínicos, 112 (81,8%) participantes apresentaram pelo menos um tipo de ideação suicida durante a vida, destes, a frequência de pensamentos era menor que uma vez na semana em 34 (30,3%), os pensamentos eram

passageiros em 37 (33%) e a razão para ideação era com certeza para cessar com o sofrimento psíquico em 78 (69,6%).

Ademais, entre os 137 participantes, 26 (19%) promoveram atos preparatórios, 26 (19%) apresentaram histórico de tentativa de suicídio interrompida, 15 (11%), de tentativa abortada e 36 (26,3%) tinham histórico familiar de tentativa de suicídio (TABELA 9).

Constatou-se na análise inferencial, Tabela 9, associação entre histórico de tentativa de suicídio e todos os tipos de ideação suicida durante a vida ( $p: 0,000$ ), duração dos pensamentos suicidas ( $p: 0,021$ ), controle da ideação ( $p: 0,028$ ), razões para ideação suicida ( $p: 0,045$ ), intensidade da ideação ( $p: 0,001$ ), comportamentos preparatórios ( $p: 0,000$ ), tentativa de suicídio interrompida ( $p: 0,000$ ) e tentativa de suicídio abortada ( $p: 0,005$ ).

Considerando a estratificação por sexo, considera-se que as variáveis supracitadas com significância estatística, com exceção de controle de ideação e razões para a ideação suicida, foram identificadas nos homens. Em específico ao sexo feminino, evidencia-se a associação entre o desfecho em algumas variáveis de ideação suicida, no entanto, não serão consideradas em decorrência do quantitativo reduzido de mulheres na amostra (TABELA 9).



TABELA 9 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS SOBRE IDEAÇÃO E COMPORTAMENTOS SUICIDAS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)
<b>GRAVIDADE DA IDEAÇÃO SUICIDA</b>						
<b>Desejo de estar morto</b>		<i>p: 0,000*</i>		<i>p: 0,154</i>		<i>p: 0,000*</i>
Não	22(18)	2(9,1)	3(20)	1(33,3)	25(18,2)	3(12)
Sim	100(82)	58(58)	12(80)	10(83,3)	112(81,8)	68(60,7)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Pensamentos suicidas ativos não específicos</b>		<i>p: 0,000*</i>		<i>p: 0,033*</i>		<i>p: 0,000*</i>
Não	36(29,5)	4(11,1)	4(26,7)	1(25)	40(29,2)	5(12,5)
Sim	86(70,5)	56(65,1)	11(73,3)	10(90,9)	97(70,8)	66(68)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Pensamentos suicidas ativos com método sem intenção de agir</b>		<i>p: 0,000*</i>		<i>p: 0,033*</i>		<i>p: 0,000*</i>
Não	46(37,7)	6(13)	4(26,7)	1(25)	50(36,5)	7(14)
Sim	76(62,3)	54(71)	11(73,3)	10(90,9)	87(63,5)	64(73,6)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Pensamentos suicidas ativos com alguma intenção sem plano</b>		<i>p: 0,000*</i>		<i>p: 0,033*</i>		<i>p: 0,000*</i>
Não	60(49,2)	10(16,7)	4(26,7)	1(25)	64(46,7)	11(17,2)
Sim	62(50,8)	50(80,6)	11(73,3)	10(90,9)	73(53,3)	60(82,2)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Pensamentos suicidas ativo com plano e com intenção</b>		<i>p: 0,000*</i>		<i>p: 0,282</i>		<i>p: 0,000*</i>
Não	75(61,5)	20(26,7)	7(46,7)	4(57,1)	82(59,9)	24(29,3)
Sim	47(38,5)	40(85,1)	8(53,3)	7(87,5)	55(40,1)	47(85,4)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Frequência da ideação suicida</b>		<i>p: 0,340</i>		<i>p: 0,864</i>		<i>p: 0,357</i>
Menos de 1 vez por semana	31(31)	14(45,2)	3(25)	3(100)	34(30,3)	17(50)
1 vez por semana	12(12)	7(58,3)	2(16,7)	1(50)	14(12,5)	8(57,1)
2 a 5 vezes na semana	22(22)	13(59,1)	2(16,7)	2(100)	24(21,4)	15(62,5)
Todos os dias	18(18)	11(61,1)	3(25)	2(66,7)	21(18,8)	13(61,9)
Muitas vezes ao dia	17(17)	13(76,5)	2(16,7)	2(100)	19(17)	15(78,9)
<b>Total</b>	100(100)	58(58)	12(100)	10(83,3)	112(100)	68(60,7)
<b>Duração da ideação suicida</b>		<i>p: 0,008*</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,021*</i>
Passageiros	32(32)	11(34,4)	5(41,6)	4(80)	37(33)	15(40,5)
Algum tempo	18(18)	10(55,5)	1(8,3)	1(100)	19(16,9)	11(57,9)
Muito tempo	20(20)	15(75)	2(16,7)	2(100)	22(19,7)	17(77,3)
Maior parte do dia	10(10)	6(60)	2(16,7)	2(100)	12(10,7)	8(66,7)
Persistentes e contínuos	20(20)	16(80)	2(16,7)	1(50)	22(19,7)	17(77,3)
<b>Total</b>	100(100)	58(58)	12(100)	10(83,3)	112(100)	68(60,7)



TABELA 9 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS SOBRE IDEIAÇÃO E COMPORTAMENTOS SUICIDAS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)
<b>Controle da ideação suicida</b>		<i>p: 0,058</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,028*</i>
Não tenta controlar os pensamentos	1(1)	-	-	-	1(0,9)	-
Capaz de controlar os pensamentos	41(41)	18(43,9)	3(25)	2(66,7)	44(39,3)	20(45,4)
Pode controlar os pensamentos com pouca dificuldade	12(12)	7(58,3)	1(8,3)	1(100)	13(11,6)	8(61,5)
Pode controlar os pensamentos com alguma dificuldade	13(13)	8(61,5)	-	-	13(11,6)	8(61,5)
Pode controlar os pensamentos com muita dificuldade	14(14)	12(85,7)	1(8,3)	1(100)	15(13,4)	13(86,7)
Incapaz de controlar pensamentos	19(19)	13(68,4)	7(58,4)	6(85,7)	26(23,2)	19(73,1)
<b>Total</b>	100(100)	58(58)	12(100)	10(83,3)	112(100)	68(60,7)
<b>Razões para ideação suicida</b>		<i>p: 0,073</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,045*</i>
Com certeza para chamar atenção	1(1)	1(100)	-	-	1(0,9)	1(100)
Sobretudo para chamar atenção	2(2)	-	-	-	2(1,8)	-
Tanto para chamar atenção como para acabar com sofrimento	7(7)	4(57,1)	-	-	7(6,3)	4(57,1)
Sobretudo para acabar com sofrimento	18(18)	11(61,1)	2(16,7)	2(100)	20(17,8)	13(65)
Com certeza para acabar com sofrimento	68(68)	42(61,8)	10(83,3)	8(80)	78(69,6)	50(64,1)
Não se aplica	4(4)	-	-	-	4(3,6)	-
<b>Total</b>	100(100)	58(58)	12(100)	10(83,3)	112(100)	68(60,7)
<b>Intensidade da ideação suicida</b>		<i>p: 0,002*</i>		<i>p: 0,697</i>		<i>p: 0,001*</i>
5 a 13	42(42)	16(38,1)	3(25)	2(66,7)	45(40,2)	18(40)
14 a 18	32(32)	22(68,7)	4(33,3)	4(100)	36(32,1)	26(72,2)
19 a 25	26(26)	20(76,9)	5(41,7)	4(80)	31(27,7)	24(77,4)
<b>Total</b>	100(100)	58(58)	12(100)	10(83,3)	112(100)	68(60,7)
<b>Comportamentos preparatórios</b>		<i>p: 0,000*</i>		<i>p: 0,516</i>		<i>p: 0,000*</i>
Não	99(81,2)	40(40,4)	11(73,3)	7(63,6)	110(80,3)	47(42,7)
Sim	22(18)	19(86,4)	4(26,7)	4(100)	26(19)	23(88,5)
Não soube informar	1(0,8)	-	-	-	1(0,7)	-
<b>Total</b>	122(100)	59(48,4)	15(100)	11(73,3)	137(100)	70(51,1)
<b>Tentativa de suicídio interrompida</b>		<i>p: 0,000*</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,000*</i>
Não	98(80,3)	39(39,8)	13(86,7)	9(69,2)	111(81)	48(43,2)
Sim	24(19,7)	21(87,5)	2(13,3)	2(100)	26(19)	23(88,5)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Tentativa de suicídio abortada</b>		<i>p: 0,002*</i>				<i>p: 0,005*</i>
Não	107(87,7)	47(43,9)	15(100)	11(73,3)	122(89)	58(47,5)
Sim	15(12,3)	13(86,7)	-	-	15(11)	13(86,7)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)

TABELA 9 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS SOBRE IDEAÇÃO E COMPORTAMENTOS SUICIDAS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)
<b>Histórico familiar de tentativa de suicídio</b>		<i>p: 0,100</i>		<i>p: 0,516</i>		<i>p: 0,052</i>
Não	90(73,8)	40(44,4)	11(73,3)	7(63,6)	101(73,7)	47(46,5)
Sim	32(26,2)	20(62,5)	4(26,7)	4(100)	36(26,3)	24(66,7)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Histórico familiar de suicídio</b>		<i>p: 0,201</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,131</i>
Não	112(91,8)	53(47,3)	13(86,7)	9(69,2)	125(91,2)	62(49,6)
Sim	10(8,2)	7(70)	2(13,3)	2(100)	12(8,8)	9(75)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)

NOTA: <sup>a</sup>TS: tentativa de suicídio durante a vida. \*Valor de *p* no teste exato de Fisher.

Entre os aspectos de saúde mental, a Tabela 10 mostra que 40 (29,2%) pessoas com transtornos relacionados a substâncias apresentaram comorbidade mental registrada em prontuário, com predominância de diagnóstico de transtorno de humor em 33 (82,5%). Ademais, 111 (81%) informaram presença de sentimentos depressivos durante a vida, 88 (64,2%), dificuldade de concentração, e 95 (69,3%), dificuldade em dormir (TABELA 10).

Ao correlacionar a tentativa de suicídio com variáveis de saúde mental, a Tabela 10 mostra a associação entre os transtornos de humor (*p*: 0,027), os sentimentos depressivos (*p*: 0,002) e o histórico familiar de transtorno mental (*p*: 0,002). Entre o sexo masculino, destacam-se comorbidade mental (*p*: 0,025), transtornos de humor (*p*: 0,033) e sentimentos depressivos (*p*: 0,002).

TABELA 10 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS SOBRE ASPECTOS DE SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.

(continua)

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)
<b>Comorbidade mental</b>		<i>p: 0,025*</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,102</i>
Não	89(73)	38(42,7)	8(53,3)	6(75)	97(70,8)	44(45,4)
Sim	33(27)	22(66,7)	7(46,7)	5(71,4)	40(29,2)	27(67,5)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Esquizofrenia</b>		<i>p: 0,104</i>		<i>0,286</i>		<i>p: 0,029*</i>
Não	31(93,9)	22(71)	6(85,7)	5(83,3)	37(92,5)	27(73)
Sim	2(6,1)	-	1(14,3)	-	3(7,5)	-
<b>Total</b>	33(100)	22(66,7)	7(100)	5(71,4)	40(100)	27(67,5)
<b>Transtornos de humor</b>		<i>p: 0,033*</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,027*</i>
Não	5(15,2)	1(20)	2(28,6)	1(50)	7(17,5)	2(28,6)
Sim	28(84,8)	21(75)	5(71,4)	4(80)	33(82,5)	25(75,7)
<b>Total</b>	33(100)	22(66,7)	7(100)	5(71,4)	40(100)	27(67,5)
<b>Transtornos de personalidade</b>		<i>p: 0,534</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,284</i>
Não	30(90,9)	19(63,3)	6(85,7)	4(66,7)	36(90)	23(63,9)
Sim	3(9,1)	3(100)	1(14,3)	1(100)	4(10)	4(100)
<b>Total</b>	33(100)	22(66,7)	7(100)	5(71,4)	40(100)	27(67,5)
<b>Alucinações na vida</b>		<i>p: 0,384</i>		<i>p: 0,585</i>		<i>p: 0,381</i>
Não	39(32)	16(41)	7(46,7)	4(57,1)	46(33,6)	20(43,5)
Sim	50(41)	28(56)	2(13,3)	2(100)	52(37,9)	30(57,7)
Sim, sob efeito de substâncias	33(27)	16(48,5)	6(40)	5(83,3)	39(28,5)	21(53,8)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Sentimentos depressivos na vida</b>		<i>p: 0,002*</i>		<i>p: 0,451</i>		<i>p: 0,002*</i>
Não	24(19,8)	4(16,7)	1(6,7)	1(100)	25(18,4)	5(20)
Sim	80(66,1)	46(57,5)	10(66,6)	6(60)	90(66,2)	52(57,7)
Sim, sob efeito de substâncias	17(14,1)	9(52,9)	4(26,7)	4(100)	21(15,4)	13(61,9)
<b>Total</b>	121(100)	59(49,2)	15(100)	11(73,3)	136(100)	70(51,5)
<b>Comportamentos autolesivos na vida</b>		<i>p: 0,266</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,211</i>
Não	108(88,5)	51(47,2)	11(73,3)	8(72,7)	119(86,9)	59(49,6)
Sim	14(11,5)	9(64,3)	4(26,7)	3(75)	18(13,1)	12(66,7)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Dificuldade concentração na vida</b>		<i>p: 0,080</i>		<i>p: 0,585</i>		<i>p: 0,233</i>
Não	42(34,4)	15(35,7)	7(46,6)	6(85,7)	49(35,8)	21(42,8)
Sim	62(50,8)	36(58,1)	6(40)	4(66,7)	68(49,6)	40(58,8)
Sim, sob efeito de substâncias	18(14,8)	9(50)	2(13,4)	1(50)	20(14,6)	10(50)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Dificuldade em dormir no último mês</b>		<i>p: 0,398</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,552</i>
Não	35(28,7)	14(40)	7(46,7)	5(71,4)	42(30,7)	19(45,2)
Sim	80(65,6)	42(52,5)	7(46,7)	5(71,4)	87(63,5)	47(54)
Sim, sob efeito de substâncias	7(5,7)	4(57,1)	1(6,6)	1(100)	8(5,8)	5(62,5)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)

TABELA 10 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS SOBRE ASPECTOS DE SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.

VARIÁVEIS	(conclusão)					
	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)
<b>Impulsividade na vida</b>		<i>p: 0,622</i>		<i>p: 0,022*</i>		<i>p: 0,236</i>
Não	53(43,5)	24(45,3)	6(40)	2(33,3)	59(43,1)	26(44,1)
Sim	57(46,7)	31(54,4)	7(46,6)	7(100)	64(46,7)	38(59,4)
Sim, sob efeito de substâncias	12(9,8)	5(41,7)	2(13,4)	2(100)	14(10,2)	7(50)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Comportamento agressivo na vida</b>		<i>p: 0,908</i>		<i>p: 0,297</i>		<i>p: 0,790</i>
Não	53(43,4)	26(49)	9(60)	5(55,5)	62(45,3)	31(50)
Sim	53(43,4)	27(50,9)	5(33,3)	5(100)	58(42,3)	32(55,2)
Sim, sob efeito de substâncias	16(13,2)	7(43,7)	1(6,7)	1(100)	17(12,4)	8(47)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Incapacidade por problemas de saúde mental</b>		<i>p: 0,197</i>		<i>p: 0,516</i>		<i>p: 0,148</i>
Não	75(71,4)	39(52)	12(80)	8(66,7)	87(72,5)	47(54)
Sim	30(28,6)	20(66,7)	3(20)	3(100)	33(27,5)	23(69,7)
<b>Total</b>	105(100)	59(56,2)	15(100)	11(73,3)	120(100)	70(58,3)
<b>Histórico familiar de transtorno mental</b>		<i>p: 0,015*</i>		<i>p: 0,275</i>		<i>p: 0,002*</i>
Não	88(72,1)	37(42)	4(26,7)	2(50)	92(67,2)	39(42,4)
Sim	34(27,9)	23(67,6)	11(73,3)	9(81,8)	45(32,8)	32(71,1)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)

FONTE: A autora (2020).

NOTA: <sup>a</sup>TS: tentativa de suicídio durante a vida. \*Valor de *p* no teste exato de Fisher.

Considerando aspectos psicológicos quanto a vivência de eventos estressores, dos 137 participantes, 88 (64,2%) foram vítimas de agressão física durante a vida, 15 (11%) de violência sexual, 51 (37,2%) de crime violento e 76 (55,5%) presenciaram em algum momento situação de risco de vida (TABELA 11).

Ressalta-se, na Tabela 11, o predomínio de tentativa de suicídio durante a vida entre aqueles que foram vítimas de agressão física em 50 (56,8%). A variável presenciar situações de risco de vida mostrou associação com o desfecho tentativa de suicídio (*p*: 0,010).

TABELA 11 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS CLÍNICAS SOBRE VIVÊNCIA DE EVENTOS ESTRESSORES DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)
<b>Vítima de agressão física</b>		<i>p: 0,062</i>		<i>p: 0,516</i>		<i>p: 0,154</i>
Não	45(36,9)	17(37,8)	4(26,7)	4(100)	49(35,8)	21(42,8)
Sim	77(63,1)	43(55,8)	11(73,3)	7(63,6)	88(64,2)	50(56,8)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Vítima de agressão sexual</b>		<i>p: 0,529</i>		<i>p: 0,560</i>		<i>p: 0,592</i>
Não	111(91)	54(48,6)	10(66,7)	8(80)	121(89)	62(51,2)
Sim	11(8,2)	6(60)	5(33,3)	3(60)	15(11)	9(60)
<b>Total</b>	121(100)	60(49,6)	15(100)	11(73,3)	136(100)	71(52,2)
<b>Vítima de algum crime violento</b>		<i>p: 0,710</i>		<i>p: 0,604</i>		<i>p: 1,000</i>
Não	77(63,1)	39(50,6)	9(60)	6(66,7)	86(62,8)	45(52,3)
Sim	45(36,9)	21(46,7)	6(40)	5(83,3)	51(37,2)	26(50,9)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Presenciar situações de risco de vida</b>		<i>p: 0,007*</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,010*</i>
Não	56(45,9)	20(35,7)	5(33,3)	4(80)	61(44,5)	24(39,3)
Sim	66(54,1)	40(60,6)	10(66,7)	7(70)	76(55,5)	47(61,8)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Presenciar situações de risco de violência grave</b>		<i>p: 0,350</i>		<i>p: 0,282</i>		<i>p: 0,289</i>
Não	44(36,1)	19(43,2)	7(46,7)	4(57,1)	51(37,2)	23(45,1)
Sim	78(63,9)	41(52,6)	8(53,3)	7(87,5)	86(62,8)	48(55,8)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Preocupação com vivência de eventos estressores</b>		<i>p: 0,375</i>		<i>p: 0,396</i>		<i>p: 0,396</i>
Nada	51(46,3)	26(51)	6(40)	5(83,3)	57(45,6)	31(54,4)
Levemente	10(9,1)	5(50)	1(6,7)	-	11(8,8)	5(45,4)
Moderadamente	10(9,1)	8(80)	-	-	10(8)	8(80)
Consideravelmente	8(7,3)	3(37,5)	2(13,3)	2(100)	10(8)	5(50)
Extremamente	31(28,2)	14(45,2)	6(40)	4(66,7)	37(29,6)	18(48,6)
<b>Total</b>	110(100)	56(50,9)	15(100)	11(73,3)	125(100)	67(53,6)

FONTE: A autora (2020).

NOTA: <sup>a</sup>TS: tentativa de suicídio durante a vida. \*Valor de *p* no teste exato de Fisher.

Quanto às questões clínicas, Tabela 12, a análise da gravidade dos transtornos relacionados a substâncias expressas pelas nove dimensões do ASI-6 mostrou maiores médias entre aqueles com histórico de tentativa de suicídio, com exceção da área familiar/suporte social, representando maior frequência de tentativa entre aqueles com maiores problemas nas áreas identificadas. Destaca-se significância entre tentativa prévia e a dimensão médica/saúde (*p*: 0,000) e a legal (*p*: 0,007).

TABELA 12 – CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DO ASI 6 E AS VARIÁVEIS SEM HISTÓRICO DE TENTATIVA DE SUICÍDIO E COM HISTÓRICO. CURITIBA, 2018.

DIMENSÕES DO ASI 6	SEM HISTÓRICO DE TENTATIVA DE SUICÍDIO	COM HISTÓRICO DE TENTATIVA DE SUICÍDIO	p-valor
	Média DP	Média DP	
Álcool	56,3 ± 11	58,4 ± 7,9	0,564
Drogas	42,9 ± 11,2	46 ± 10,8	0,090
Emprego/Sustento	47,6 ± 4,4	48,9 ± 5,9	0,189
Família/criança	37,9 ± 3,9	38,3 ± 3,4	0,323
Família/suporte social	38,2 ± 6,5	37,3 ± 6,7	0,234
Família/problema social	50 ± 9,1	52 ± 8,8	0,234
Legal	42,7 ± 8,1	47,7 ± 11,3	0,007*
Médica/Saúde Física	46,5 ± 9,4	52,7 ± 7,9	0,000*
Psicológica/Saúde Mental	52,3 ± 9,3	53,4 ± 12,3	0,559

FONTE: A autora (2020).

NOTA: \* Valor de *p* no teste de *Mann-Whitney*.

No perfil terapêutico das pessoas com transtornos relacionados a substâncias, Tabela 13, 28 (20,4%) participantes foram internados em hospital psiquiátrico, 55 (40,1%) foram avaliados ou fizeram tratamento para problemas psicológicos ou de saúde mental em algum momento de suas vidas, destes, 18 (32,7) iniciaram o acompanhamento entre 18 e 20 anos. Ademais, no momento da entrevista, 61 (44,5%) consideraram extremamente importante fazer acompanhamento em saúde mental (TABELA 13).

Especificamente sobre os transtornos relacionados a substâncias, 47 (38,5%) iniciaram o acompanhamento em decorrência do uso de substâncias, entre 24 e 39 anos, e 104 (75,9%) não participaram de grupos de ajuda mútua nos últimos seis meses (TABELA 13).

Destaca-se que 89 (65%) apresentaram prescrição de medicamentos em prontuário, principalmente antipsicóticos em 44 (49,4%) e antidepressivos em 34 (38,2%), sendo que 50 (56,2%) apresentaram não adesão à terapêutica medicamentosa proposta (TABELA 13).

Ao contrastar as variáveis terapêuticas com o desfecho tentativa de suicídio durante a vida, a Tabela 13 mostra a associação com histórico de internamento psiquiátrico (*p*: 0,000), importância de tratamento para problemas de saúde mental (*p*: 0,007) e prescrição de medicamentos antidepressivos (*p*: 0,000). Além dessas variáveis, ressalta-se, de modo descritivo, maior frequência de tentativa entre aqueles que não aderiram à terapêutica medicamentosa em 26 (52%).

TABELA 13 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO PERFIL TERAPÊUTICO DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.

(continua)

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)
<b>Histórico de internação psiquiátrica</b>		<i>p: 0,001*</i>		<i>p: 0,103</i>		<i>p: 0,000*</i>
Não	100(82)	42(42)	9(60)	5(55,5)	109(79,6)	47(43,1)
Sim	22(18)	18(81,8)	6(40)	6(100)	28(20,4)	24(85,7)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Idade de início de acompanhamento psicológico/saúde mental</b>		<i>p: 0,052</i>		<i>p: 0,444</i>		<i>p: 0,075</i>
≤ 4 anos	10(21,7)	5(50)	2(22,2)	1(50)	12(21,8)	6(50)
5 a 17 anos	7(15,2)	7(100)	1(11,1)	1(100)	8(14,6)	8(100)
18 a 29 anos	13(28,3)	6(46,1)	5(55,6)	5(100)	18(32,7)	11(61,1)
30 a 55 anos	16(34,8)	12(75)	1(11,1)	1(100)	17(30,9)	13(76,5)
<b>Total</b>	46(100)	30(65,2)	9(100)	8(88,9)	55(100)	38(69,1)
<b>Importância do tratamento para problemas de saúde mental</b>		<i>p: 0,015*</i>		<i>p: 0,328</i>		<i>p: 0,007*</i>
Nada	53(43,4)	18(33,9)	6(40)	4(66,7)	59(43,1)	22(37,3)
Levemente	3(2,5)	1(33,3)	-	-	3(2,2)	1(33,3)
Moderadamente	7(5,7)	4(57,1)	1(6,7)	1(100)	8(5,8)	5(62,5)
Consideravelmente	5(4,1)	2(40)	1(6,7)	-	6(4,4)	2(33,3)
Extremamente	54(44,3)	35(64,8)	7(46,6)	6(85,7)	61(44,5)	41(67,2)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Idade de início de tratamento por uso de substâncias</b>		<i>p: 0,216</i>		<i>p: 0,467</i>		<i>p: 0,268</i>
14 a 23 anos	40(35,7)	19(47,5)	4(40)	4(100)	44(36,1)	23(52,2)
24 a 39 anos	44(39,3)	25(56,8)	3(30)	2(66,7)	47(38,5)	27(57,4)
40 a 70 anos	28(25)	10(35,7)	3(30)	2(66,7)	31(25,4)	12(38,7)
<b>Total</b>	112(100)	54(48,2)	10(100)	8(80)	122(100)	62(50,8)
<b>Dias de participação de grupos de ajuda mútua</b>		<i>p: 0,747</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,799</i>
1 a 7	20(16,4)	10(50)	1(6,7)	1(100)	21(15,3)	11(52,4)
≥ 8	11(9)	4(36,4)	1(6,7)	1(100)	12(8,8)	5(41,7)
Nenhum	91(74,6)	46(50,5)	13(86,6)	9(69,2)	104(75,9)	55(52,9)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Prescrição medicamentosa</b>		<i>p: 0,132</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,155</i>
Não	44(36,1)	26(59,1)	4(26,7)	3(75)	48(35)	29(60,4)
Sim	78(63,9)	34(43,6)	11(73,3)	8(72,7)	89(65)	42(47,2)
<b>Total</b>	122(100)	60(49,2)	15(100)	11(73,3)	137(100)	71(51,8)
<b>Ansiolíticos</b>		<i>p: 0,463</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,370</i>
Não	52(66,7)	21(40,4)	7(63,6)	5(71,4)	59(66,3)	26(44,1)
Sim	25(32)	13(52)	4(36,4)	3(75)	29(32,6)	16(55,2)
Sem registro em prontuário	1(1,3)	-	-	-	1(1,1)	-
<b>Total</b>	78(100)	34(43,6)	11(100)	8(72,7)	89(100)	42(47,2)
<b>Antidepressivos</b>		<i>p: 0,001*</i>		<i>p: 0,491</i>		<i>p: 0,000*</i>
Não	50(64,1)	15(30)	4(36,4)	2(50)	54(60,7)	17(31,5)
Sim	27(34,6)	19(70,4)	7(63,6)	6(85,7)	34(38,2)	25(73,5)
Sem registro em prontuário	1(1,3)	-	-	-	1(1,1)	-
<b>Total</b>	78(100)	34(43,6)	11(100)	8(72,7)	89(100)	42(47,2)



TABELA 13 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO PERFIL TERAPÊUTICO DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS, ESTRATIFICADAS POR SEXO, ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE A VIDA. CURITIBA, 2018.

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)	N (%)	TS <sup>a</sup> N (%)
<b>Estabilizadores de humor</b>		<i>p: 0,622</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,641</i>
Sim	54(69,2)	25(46,3)	8(72,7)	6(75)	62(69,7)	31(50)
Não	23(29,5)	9(39,1)	3(27,3)	2(66,7)	26(29,2)	11(42,3)
Sem registro em prontuário	1(1,3)	-	-	-	1(1,1)	-
<b>Total</b>	78(100)	34(43,6)	11(100)	8(72,7)	89(100)	42(47,2)
<b>Antipsicóticos</b>		<i>p: 0,821</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,831</i>
Não	37(47,4)	17(45,9)	7(63,6)	5(71,4)	44(49,4)	22(50)
Sim	40(51,3)	17(42,5)	4(36,4)	3(75)	44(49,4)	20(45,4)
Sem registro em prontuário	1(1,3)	-	-	-	1(1,2)	-
<b>Total</b>	78(100)	34(43,6)	11(100)	8(72,7)	89(100)	42(47,2)
<b>Número de medicamentos</b>		<i>p: 0,231</i>		<i>p: 1,000</i>		<i>p: 0,181</i>
1	13(16,7)	3(23,1)	-	-	13(14,6)	3(23,1)
2	14(17,9)	6(42,8)	2(18,2)	1(50)	16(18)	7(43,7)
3	20(25,6)	9(45)	5(45,4)	4(80)	25(28,1)	13(52)
4	17(21,8)	7(41,2)	1(9,1)	1(100)	18(20,2)	8(44,4)
≥ 5	13(16,7)	9(69,2)	3(27,3)	2(66,7)	16(18)	11(68,7)
Sem registro em prontuário	1(1,3)	-	-	-	1(1,1)	-
<b>Total</b>	78(100)	34(43,6)	11(100)	8(72,7)	89(100)	42(47,2)
<b>Adesão a terapêutica medicamentosa</b>		<i>p: 0,492</i>		<i>p: 0,545</i>		<i>p: 0,393</i>
Não	44(56,4)	21(47,7)	6 (54,5)	5(83,3)	50(56,2)	26(52)
Sim	34(43,6)	13(38,2)	5(45,5)	3(60)	39(43,8)	16(41)
<b>Total</b>	78(100)	34(43,6)	11(100)	8(72,7)	89(100)	42(47,2)

FONTE: A autora (2020).

NOTA: <sup>a</sup>TS: tentativa de suicídio durante a vida. \*Valor de *p* no teste exato de Fisher.

A Tabela 14 apresenta a regressão logística das variáveis associadas ao desfecho na análise univariada, sendo expressos aqueles com valor de  $p < 0,05$ . Constatou-se que aqueles que apresentaram problema físico acima de 10 dias no último mês tentaram suicídio durante a vida 1,78 vezes mais quando comparados àqueles sem esse problema.

No que concerne à gravidade da ideação suicida, representada pelo tipo de ideação, aqueles com ideação mais grave, expressa por pensamentos ativos com intenção de agir e sem planejamento, e aqueles com pensamentos ativos com intenção e planejamento apresentaram, respectivamente, 5,41 e 6,40 vezes mais tentativas de suicídio durante a vida em relação aos que externaram apenas desejo de morrer (TABELA 14).



Os participantes com maior intensidade de ideação suicida foram mais propensos a apresentar histórico de tentativa de suicídio quando contrastados com aqueles com menor intensidade. Ademais, aqueles com histórico de tentativa interrompida e que realizaram comportamentos preparatórios apresentaram mais histórico de tentativa de suicídio quando contrastados com aqueles sem esses comportamentos (TABELA 14).

Quanto aos sintomas psicológicos e de saúde mental, os participantes com sentimentos depressivos durante a vida ou quando intoxicados foram mais propensos a ter histórico de tentativa em relação aos que não vivenciaram esse sintoma. Ainda, aqueles que apresentaram um familiar com diagnóstico de transtorno mental tentaram suicídio na vida 0,59 vezes mais em contraste com aqueles sem histórico (TABELA 14).

Ao analisar as questões inerentes ao tratamento, aqueles com histórico de internamento em hospital psiquiátrico apresentaram 1,98 vezes mais tentativas ao serem comparados aos que nunca se internaram. Ademais, os participantes que consideraram extremamente importante o tratamento para saúde mental apresentaram 1,80 vezes mais tentativas de suicídio em relação aos que declararam nada importante (TABELA 14).

As pessoas com transtornos relacionados a substâncias com terapêutica medicamentosa em saúde mental tentaram suicídio 1,83 vezes mais que aquelas sem prescrição, sendo que aqueles em uso de antidepressivos apresentaram 0,42 vezes mais tentativas (TABELA 14).

TABELA 14 – RAZÃO DE PREVALÊNCIA DAS VARIÁVEIS ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO. CURITIBA, 2018.

(continua)			
VARIÁVEL	RP <sup>a</sup>	IC(95%) <sup>b</sup>	P-valor
<b>Dias de problemas físicos no último mês</b>			
Nenhum	Referência		
1 a 7 dias	0,92	[0,45; 1,90]	0,836
≥ 10 dias	1,78	[1,04; 3,06]	0,035*
<b>Gravidade da ideação</b>			
Desejo de estar morto	Referência		
Pensamentos suicidas ativos não específicos	1,50	[0,21; 10,64]	0,685
Pensamentos suicidas ativos com método e sem intenção de agir	2,14	[0,39; 11,69]	0,379
Pensamentos suicidas ativos com alguma intenção e sem planejamento	5,41	[1,22; 24]	0,026*
Pensamentos suicidas ativos com planejamento e com intenção	6,40	[1,55; 26,38]	0,010*

TABELA 14 – RAZÃO DE PREVALÊNCIA DAS VARIÁVEIS ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO. CURITIBA, 2018

			(conclusão)
VARIÁVEL	RP <sup>a</sup>	IC(95%) <sup>b</sup>	P-valor
<b>Intensidade da ideação</b>			
5 a 13	Referência		
14 a 18	1,80	[0,98; 3,29]	0,054
19 a 25	1,93	[1,05; 3,56]	0,034*
<b>Comportamento preparatório</b>			
Não	Referência		
Sim	0,48	[0,29; 0,79]	0,004*
<b>Tentativa de suicídio interrompida</b>			
Não	Referência		
Sim	0,48	[0,29; 0,80]	0,005*
<b>Sentimentos depressivos na vida</b>			
Não	Referência		
Sim	2,88	[1,15; 7,23]	0,023*
Sim, sob efeito de substâncias	3,09	[1,10; 8,68]	0,032*
<b>Histórico familiar de transtorno mental</b>			
Não	Referência		
Sim	0,59	[0,37; 0,95]	0,030*
<b>Internamento em hospital psiquiátrico</b>			
Não	Referência		
Sim	1,98	[1,21; 3,25]	0,006*
<b>Importância de tratamento psicológico/saúde mental</b>			
Nada	Referência		
Levemente	0,89	[0,12; 6,63]	0,913
Moderadamente	1,67	[0,63; 4,42]	0,297
Consideravelmente	0,89	[0,21; 3,80]	0,879
Extremamente	1,80	[1,07; 3,02]	0,026*
<b>Prescrição de medicamentos</b>			
Não	Referência		
Sim	1,83	[1,15; 2,92]	0,011*
<b>Antidepressivos</b>			
Não	Referência		
Sim	0,42	[0,23; 0,79]	0,007*

FONTE: O autor (2020).

NOTA: <sup>a</sup>Razão de prevalência; <sup>b</sup>Intervalo com 95% de confiança; \*Teste Qui-Quadrado de *Pearson*.

A análise múltipla, por Regressão de Poisson, foi feita com o objetivo de avaliar o relacionamento da variável dependente (tentativa de suicídio durante a vida) com as diversas variáveis independentes significativas.

O modelo final da análise múltipla apresentou que a variável pensamentos suicidas ativos com intenção e com planejamento durante a vida permaneceu independentemente associada ao histórico prévio de tentativa de suicídio (RP: 2,87; IC: 1,04-7,91; p: 0,041) pela aplicação do teste qui-quadrado de *Pearson*.

## 6 DISCUSSÃO

A tentativa de suicídio durante a vida se configura como um problema de saúde de caráter multifatorial com impactos significativos na sociedade, economia, nos aspectos psicológicos e na incapacidade em longo prazo (WHO, 2014).

Entre as pessoas com transtornos relacionados a substâncias, a tentativa de suicídio sofre influências de múltiplos aspectos biopsicossociais, frequentemente associados a características socioeconômicas, à condição da saúde física e mental e ao consumo de substâncias, bem como à ideação e aos comportamentos suicidas (FERREIRA et al., 2019a).

Na amostra, evidencia-se um número elevado de participantes com histórico de tentativa de suicídio, representado pela frequência de 51,8%. Esses resultados são superiores quando contrastados com estudos nacionais e internacionais (CANTÃO; BOTTI, 2017; SILVA et al., 2017; BOTTI et al., 2018). Estudo desenvolvido no Rio Grande do Sul com 160 pessoas em tratamento por uso abusivo de cocaína e crack verificou que 49 (30,6%) pessoas relataram vivenciar pelo menos um episódio de tentativa de suicídio durante a vida (SILVA et al., 2017).

Estudo desenvolvido na Espanha com uma amostra de 334 indivíduos em tratamento para transtornos relacionados a substâncias mostrou que 17,7% apresentaram tentativa de suicídio durante a vida, sendo 1,5% no mês que antecedeu a entrevista (LÓPEZ-GOÑI et al., 2018). Ademais, estudo conduzido em um CAPS III de Minas Gerais, com base na análise de 123 prontuários, resultou que 40 (32,5%) pessoas com transtornos relacionados a substâncias apresentaram previamente tentativa de suicídio (CANTÃO; BOTTI, 2016).

Outro estudo documental em um CAPS III de Minas Gerais, com análise de 410 prontuários, sendo de 211 homens e de 199 mulheres, elucidou que 50 (23,7%) homens apresentaram histórico de tentativa de suicídio, enquanto as mulheres representaram 44 (22,1%) (BOTTI et al., 2018).

A maior frequência de tentativa de suicídio neste estudo quando contrastado com a literatura nacional pode estar relacionada ao fato de a maioria dos estudos citados ser feita com respaldo em análise de prontuários, os quais podem apresentar vieses por falta de informações e por falhas de preenchimento nos documentos. Deve-se considerar também o instrumento utilizado nesta tese que permite fazer mais de

uma pergunta para considerar a resposta do participante quanto ao desfecho, favorecendo ao indivíduo detalhar o episódio e a intencionalidade de morte no ato.

No entanto, mostra-se importante considerar que a localização geográfica pode influenciar neste resultado, haja vista que a Região Sul do Brasil é considerada a segunda Região com maiores índices de notificação de tentativa de suicídio, representando 34,9% de todas as notificações de tentativa nacional no sexo masculino e 33,4% nas mulheres (BRASIL, 2017b).

A média de 2,5 tentativas de suicídio coaduna com os achados de outros estudos conduzidos com pessoas com transtornos relacionados a substâncias, tendo Rodríguez-Cintas et al. (2018) evidenciado uma média de 2,64 ( $DP \pm 4,06$ ) tentativas e Cantão e Botti (2016), uma média de 2,00 ( $DP \pm 1,22$ ). Acredita-se que pessoas com múltiplas tentativas comumente apresentam características clínicas mais graves relacionadas a problemas de saúde mental mais severos e de relacionamento interpessoal (FORMAN et al., 2004).

A literatura mostra que a escolha do método para tentativa de suicídio e suicídio engloba, principalmente, a aceitabilidade sociocultural e aspectos cognitivos e físicos. A opção pelo método a ser adotado também sofre influências de aspectos demográficos, clínicos e sociais do indivíduo (KÖLVES et al., 2018).

Estudo desenvolvido por Cantão e Botti (2016), com 144 pessoas com transtornos relacionados a substâncias, confirma os dados encontrados nesta tese ao evidenciar o predomínio de autointoxicação medicamentosa em 36 (32,7%) e de enforcamento, estrangulamento e sufocação em 24 (21,8%), entre aqueles com histórico de tentativa de suicídio.

É consenso na literatura o predomínio de autointoxicação por medicamentos como meio de perpetração da tentativa de suicídio (FINKELSTEIN et al., 2015; BAHIA et al., 2017; ROHLING; CIESCA; LIEBL, 2018). Especificamente em Curitiba, no ano de 2018, 1814 pessoas tentaram contra sua própria vida, sendo o meio de tentativa mais prevalente a autointoxicação em 1581 (83,7%) notificações, destas pessoas, 1021 (64,6%) utilizaram medicamentos controlados (CURITIBA, 2018).

Estudo de base populacional conduzido no Canadá mostra que realizar um episódio de autointoxicação não fatal é considerado fator preditor relevante para um subsequente suicídio, sendo que o suicídio está relacionado a uma em cada quatro mortes em um período de dez anos após um episódio de intoxicação exógena não fatal (FINKELSTEIN et al., 2015).

A limitação e a barreira de acesso aos meios de tentativa são consideradas uma das principais estratégias preventivas. Quanto aos medicamentos, os profissionais de saúde desempenham papel crítico e preventivo voltado a seu uso seguro, limitando a quantidade de medicamentos dispensados, educando os usuários e a família sobre os riscos envolvidos e a adesão à terapêutica medicamentosa prescrita, assim como ao descarte dos medicamentos não utilizados (WHO, 2014).

Nos casos de risco potencial de tentativa de suicídio, os profissionais da equipe multiprofissional dos CAPS usualmente utilizam uma medicação supervisionada como uma estratégia terapêutica, compreendida pela dispensação diária ou periódica dos medicamentos, acompanhamento e controle das dosagens de medicamentos, principalmente para aqueles com baixo suporte familiar e social (FERREIRA, 2015; CZARNOBAY et al., 2018).

Quanto ao meio de tentativa de suicídio por enforcamento, estudo aponta aumento significativo da tendência de enforcamento em ambos os sexos. Acredita-se que o uso desse meio possivelmente se mostra mais aceitável socialmente e de fácil acesso. Trata-se de um meio de difícil controle, de alta letalidade, podendo ser utilizado a partir de vivência de crises combinada ao consumo de bebidas alcoólicas (KÖLVES et al., 2018).

Destaca-se que a maioria dos participantes verbalizou não planejar previamente a tentativa de suicídio, promovendo-a de modo impulsivo. Muitas pessoas ao empreenderem atos suicidas se apresentam ambivalentes entre a volição de viver e de morrer e, frequentemente, o ato realizado corresponde a uma resposta impulsiva à vivência de eventos estressores psicossociais (WHO, 2014).

Estudo desenvolvido na Polônia com 154 pessoas com transtornos relacionados ao álcool apresentou que 66 (43%) tentaram suicídio alguma vez na vida, destes, 41 (62%) a fizeram impulsivamente, representado por planejamento em um tempo inferior a 30 minutos (WOJNAR et al., 2009). Chaudhury et al (2016) avaliaram, nos Estados Unidos da América, a diferença entre indivíduos que planejaram e não planejaram a tentativa de suicídio, os quais evidenciaram que as tentativas com planejamento apresentaram maior intencionalidade de morte e letalidade.

Destaca-se nos resultados o predomínio de uso de substâncias no momento que antecedeu a tentativa de suicídio, principalmente consumo de bebidas alcoólicas. O uso agudo de álcool impulsiona alterações cognitivas e comportamentais, com influências expressivas na impulsividade e nas funções executivas, assim, esse uso

pode se relacionar ao ato suicida, bem como à letalidade do método (PARK et al., 2017).

O álcool favorece a desinibição, caracterizada pela perda de controle sobre algum comportamento, assim, estudo de base populacional na Coreia mostrou que a desinibição induzida por bebidas alcoólicas se associa ao histórico de tentativa de suicídio durante a vida, bem como à impulsividade (CHOI et al., 2018). Ademais, evidências científicas apontam que o uso agudo de álcool, além desinibição, promove pensamentos suicidas (CONNER; BAGGE, 2019).

De acordo com Ghanbari et al. (2016), estudo conduzido com 305 pessoas admitidas em um serviço de emergência no Irã por tentativa de suicídio mostrou que 100 indivíduos confirmaram o uso de álcool no período de seis horas que antecedeu o ato, considerando esse tempo como risco. Evidenciou ainda que aqueles que consumiram álcool neste período apresentaram probabilidade aumentada em 27 vezes de promover um ato suicida, quando comparados com aqueles que não abusaram do álcool (GHANBARI et al., 2016).

Embora seja consenso na literatura que o uso de álcool seja um fator de risco para tentativa de suicídio, estudo que investigou 560 pessoas admitidas em hospital universitário de Seul, na Coreia do Sul, por tentativa de suicídio elucidou que o uso agudo de substâncias se mostrou associado à baixa letalidade da tentativa de suicídio, comumente relacionados aos métodos de autointoxicação exógena e a lesões perfurocortantes (OH et al., 2014). Acredita-se que os indivíduos com menor letalidade apresentam maiores níveis de impulsividade e menor satisfação com relacionamentos familiares e interpessoais (BARROS et al., 2008).

A letalidade pode ser compreendida como “a possibilidade ou o grau em que qualquer alteração biológica poderia ter colocado em risco a vida do indivíduo que tentou suicídio” (KAR et al., 2014, p.338, tradução nossa). Neste estudo, com base na aplicação do C-SSRS, a letalidade foi avaliada quanto aos danos físicos ocasionados pela tentativa mais grave durante a vida, mostrando maior frequência de ausência de danos físicos ou danos muitos leves.

Considerando a correlação entre tentativa e aspectos sociodemográficos e econômicos, apenas a participação em atividades religiosas mostrou significância na análise univariada. Entrementes, destaca-se, segundo os resultados de revisão integrativa, que múltiplos aspectos sociais, econômicos e demográficos se associam

à tentativa de suicídio em pessoas com transtornos relacionados a substâncias (FERREIRA et al., 2019a).

Quanto ao sexo, estudos evidenciam associação entre mulheres com transtornos relacionados pelo menos a um tipo de substâncias com tentativa de suicídio (MALONEY et al., 2007; HOWARD et al., 2010; CONNER et al., 2012; LIU et al., 2012). Ressalta-se que a relação entre a variável sexo neste estudo possivelmente não foi substancial em decorrência do baixo quantitativo de mulheres na amostra.

A literatura elucida que o sexo feminino apresenta maior probabilidade de apresentar histórico de ideação e tentativas de suicídio, bem como necessidade de tratamento em saúde em hospitais em decorrência do ato, representando uma elevada carga de morbimortalidade. Acredita-se que o predomínio de tentativa de suicídio decorra da vulnerabilidade social, de especificidades de aspectos psicológicos e mentais nessa população, assim como a vivência com estressores psicossociais (VIJAYAKUMAR, 2015).

Mallon et al. (2016) evidenciam que entre as mulheres a presença de luto, de agressão sexual, da maternidade, de processos familiares disfuncionais e do agravamento de condições clínicas possivelmente se relaciona à busca por auxílio em serviço de saúde antes do comportamento suicida. Ademais, estudo desenvolvido com 1420 pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento no Japão mostrou associação entre severo risco de suicídio com depressão e sexo feminino (MATSUMOTO et al., 2012).

Estudos apontam a associação entre tentativa de suicídio e idade mais jovem entre pessoas que consumiam abusivamente pelo menos um tipo de substância (CHEN et al., 2010; MATSUMOTO et al., 2012; FERREIRA et al., 2019a).

Acredita-se que a tentativa de suicídio em adultos jovens nessa população possa estar relacionada à experimentação e ao início precoce do uso de substâncias em associação com crises psicossociais ainda na infância e adolescência (MATSUMOTO et al., 2012). Ademais, jovens frequentemente utilizam meios menos letais em algum comportamento suicida, vivenciam problemas de relacionamento interpessoal, assim como instabilidade emocional (BOTEGA, 2015).

Outro aspecto relevante das condições socioeconômicas concerne à dependência financeira de outras pessoas. De acordo com a WHO (2014), entre os fatores de risco para desenvolvimento de comportamento suicida, está a dificuldade



de o indivíduo lidar com problemas de vida agudos ou crônicos, principalmente financeiros.

A desigualdade social pode fomentar a privação econômica, intensificando o risco para o suicídio (MACHADO; RASELLA; SANTOS, 2015). Nesta perspectiva, estudo desenvolvido em todos os municípios brasileiros mostrou que o aumento da cobertura do Programa Bolsa Família, transferência direta de renda a famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, foi associado à redução das taxas de suicídio e de hospitalizações por tentativa, no Brasil (ALVES; MACHADO; BARRETO, 2019).

Especificamente nas pessoas com transtornos relacionadas a substâncias, estudo com 163 pessoas em tratamento em um CAPS AD da região metropolitana de Curitiba mostrou que 47 (54,4%) estavam desempregados, 24 (14,2%) não tinham renda financeira e 33 (20,4%) apresentavam renda de até um salário mínimo (OLIVEIRA et al., 2017).

Ressalta-se que, entre as pessoas que fazem uso abusivo de substâncias, a obtenção e o consumo da substância passam a ser prioridade em suas vidas em detrimento de outras atividades. Deste modo, ocasiona um impacto expressivo no âmbito laboral, intensificando a desorganização da rotina, absenteísmo, descumprimento de tarefas, redução financeira e sentimentos negativos quanto às perdas econômicas (NIMTZ et al., 2016).

Os resultados evidenciaram associação entre o desfecho e a participação em atividades religiosas, mostrando o predomínio de tentativa entre aqueles que não participavam dessas atividades. Enfatiza-se que a religiosidade pode ser visualizada como um fator protetivo ao indivíduo quanto a tentativas de suicídio, independentemente do uso de substâncias, dos transtornos mentais e das condições sociais (BURSHTEIN et al., 2016).

Estudo epidemiológico nos Estados Unidos da América, com 1091 pessoas da cidade de Baltimore, mostrou que os indivíduos que participaram de atividades religiosas pelo menos uma vez no ano têm menor probabilidade de apresentar tentativas de suicídio quando contrastados com aqueles que não participaram, mostrando que a religião pode ser um fator protetivo independente (RASIC et al., 2011).

A atividade religiosa é compreendida por algumas pessoas como essencial para a proteção de pensamentos e comportamentos suicidas, sendo um ambiente de ressignificação existencial que se mostra além das doutrinas religiosas, visualizada



como um espaço que fomenta relacionamentos interpessoais, compartilhamento do sofrimento, pertencimento e, sobretudo, propósitos de vida (FIGUEIREDO et al., 2015).

Quanto aos aspectos clínicos, a literatura evidencia que as condições crônicas de saúde são compreendidas como um fator de risco expressivo para o desenvolvimento de comportamentos suicidas (WHO, 2014). Entre as pessoas com condições somáticas crônicas, um aspecto importante a se considerar é que o risco de empreender um comportamento suicida se modifica de acordo com a progressão e prognóstico da doença, sinalizando que a intensificação ou o agravamento dos sintomas possibilita o surgimento de uma crise suicida (LÖNNQVIST, 2016).

Estudo desenvolvido com 240 pessoas com transtornos relacionados a opioides em tratamento na Polônia elucidou que pessoas com condições clínicas severas apresentam duas vezes mais chance de ter tentativa de suicídio prévia, principalmente quanto ao diagnóstico de hepatite, trombose venosa profunda, infecção bacteriana e síndrome da imunodeficiência adquirida (FUDALEJ et al., 2015).

O uso de substâncias ocasiona múltiplas alterações na saúde física de pessoas com transtornos decorrentes deste consumo, principalmente em consequência dos efeitos agudos e crônicos, assim como pela síndrome de abstinência. Estudo desenvolvido com 20 pessoas em tratamento em unidade de reabilitação para transtornos relacionados a substâncias na região metropolitana de Curitiba mostra que, na perspectiva dos participantes, os principais agravos clínicos procedentes do consumo foram convulsões, condições hepáticas, alterações gastrintestinais e paralisia de membros (SILVA et al., 2016).

Considerando os problemas hepáticos crônicos, a metabolização das substâncias psicoativas ocorre principalmente no fígado pela ação das enzimas hepáticas (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). O consumo de álcool de modo nocivo pode favorecer o surgimento de problemas hepáticos crônicos, haja vista que seus metabólitos podem ser tóxicos e ocasionar lesões celulares (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Neste estudo, destaca-se a associação da tentativa de suicídio com condição hepática crônica entre os homens. Estudo populacional na Dinamarca evidencia que homens com problemas hepáticos apresentam maior risco para suicídio quando contrastados com aqueles sem o diagnóstico dentro do período de três anos de diagnóstico (ERLANGSEN; STENAGER; CONWELL, 2015). Ademais, a literatura

elucida que as condições hepáticas estão relacionadas à depressão e a comportamentos suicidas (STRAT; LE FOLL; DUBERTRET, 2014).

Sobre as condições respiratórias, estudo com 100 indivíduos com diagnóstico de asma e doença pulmonar obstrutiva crônica em um hospital do Irã apresentou uma significativa associação entre tendências suicidas e abuso de substâncias (SAFA et al., 2014). Considerando que muitas substâncias são administradas pela via inalatória, estudo desenvolvido com 20 pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento no Rio Grande do Sul mostrou presença de consequências pulmonares relacionadas à diminuição da função do órgão, bem como da força muscular do pulmão (SILVEIRA; FORGIARINI; FORGIARINI JUNIOR, 2019).

De acordo com a WHO (2014), as condições crônicas não transmissíveis de saúde física e os transtornos mentais ocorrem de modo independente, no entanto, apresentam propensão a ocorrer concomitantemente, ambas favorecem, a níveis expressivos de incapacidade, morte prematura, mormente em populações com baixa condição socioeconômica.

Nesta perspectiva, ressalta-se que vivenciar problemas físicos no último mês se associou ao histórico de tentativa de suicídio, representando que entre aqueles que apresentaram problemas em um período igual ou superior a 10 dias no último mês tiveram 1,78 vezes mais chance de apresentar o desfecho quando contrastados com aqueles sem problemas. Destaca-se também que nesta variável foram desconsiderados os efeitos físicos ocasionados pelo consumo de substância quanto ao efeito, intoxicação ou abstinência.

Estudo desenvolvido no Reino Unido com 20 pessoas com condições crônicas de saúde mostrou que os problemas físicos decorrentes do agravamento clínico e das perdas foram externalizados pelos participantes como aspectos que favoreceram o surgimento de pensamentos suicidas e das tentativas (KARASOULI; LATCHFORD; OWENS, 2014).

Destaca-se a associação entre a presença de dor no último mês e o desfecho neste estudo. Coadunando com este achado, estudo desenvolvido com 240 pessoas com transtornos relacionados a opioides em tratamento na Polônia evidenciou que maiores escores de dor estavam associados à tentativa de suicídio na análise univariada (FUDALEJ et al., 2015).

Estudo de base populacional conduzido na Dinamarca, com o objetivo de averiguar se pessoas que haviam feito tratamento entre 2004 e 2009 em clínica de

dor apresentavam maior risco de tentativa de suicídio, resultou que, entre 1871 indivíduos admitidos na clínica, 110 (6%) tinham histórico de tentativa. Ademais, desvelou que aqueles com dor apresentaram aumento aproximado de quatro vezes para o risco de tentativa (STENAGER et al., 2014).

Estudo de metanálise mostra que pessoas com dor física são mais propensas a apresentar tentativa de suicídio atual ou durante a vida (CALATI et al., 2015). Acredita-se que os comportamentos suicidas relacionados à dor crônica sofrem múltiplas influências, com destaque para as características da dor, problemas de sono e como percebe a saúde mental (RACINE, 2018).

Ademais, maior escore quanto ao nível de gravidade dos problemas ocasionados pelo consumo de substâncias no domínio médico/saúde física mostrou associação com a tentativa de suicídio durante a vida.

Confirmando os achados, estudo conduzido em Barcelona, Espanha, com 696 pessoas de um serviço de tratamento para transtornos relacionados a substâncias evidenciou maiores escores de gravidade na área médica/saúde física, com base na aplicação do ASI, entre os 203 indivíduos que apresentaram histórico de tentativa de suicídio quando contrastados com aqueles 493 sem tentativa (RODRÍGUEZ-CINTAS et al., 2018). Estudo de Fernandez-Montalvo (2018), na Espanha, com 375 pessoas que buscaram tratamento para uso abusivo de substâncias também mostrou essa correlação.

O desenvolvimento de comportamentos suicidas em pessoas com condições clínicas é frequente naquelas populações, com consequências mais severas identificadas por dor intensa e/ou algum nível de comprometimento e dependência funcional. Essas condições frequentemente estão associadas a transtornos mentais, intensificando o risco suicida (BOTEGA, 2015).

Estudos desenvolvidos com 101 idosos hospitalizados por tentativa de suicídio mostraram que um terço dos participantes com graves condições de saúde física considerou a tentativa como decorrente de um sofrimento somático. Ademais, aqueles com condições graves de saúde apresentaram maior propensão em relatar dor psicológica quando comparados aos indivíduos com melhor condição de saúde física (WIKTORSSON et al., 2015).

Nas variáveis clínicas específicas sobre o consumo de álcool, a literatura evidencia que os transtornos relacionados ao álcool apresentam associação com a tentativa de suicídio (POMPILI et al., 2010a; DARVISHI et al., 2015). Estudo de

metanálise, de Darvishi et al. (2015), com o objetivo de avaliar a associação entre transtornos relacionados ao álcool entre ideação e comportamentos suicidas, mostrou aumento de aproximadamente três vezes de tentativas de suicídio entre aqueles com transtornos.

O álcool, por ser uma substância depressora do sistema nervoso central, pode ocasionar a redução da atividade serotoninérgica, assim como favorecer a impulsividade, a agressividade e os atos suicidas (GÁLVEZ, 2015). Ademais, possivelmente alterações no sistema dopaminérgico também estão relacionadas aos transtornos relacionados ao álcool e aos comportamentos suicidas (JASIEWICZ et al., 2014; GÁLVEZ, 2015).

Entre os aspectos do álcool relacionados à tentativa de suicídio neste estudo, está a dificuldade em controlar o consumo. O baixo controle de consumo de substâncias se apresenta como um dos principais grupos de critérios diagnósticos propostos para classificação de um transtorno relacionado a substâncias (APA, 2014).

Frente às consequências nocivas do uso de álcool, muitas pessoas tentam limitar ou cessar a ingestão, no entanto, apresentam frequentemente respostas malsucedidas. A literatura explicita que o baixo controle do uso de álcool possivelmente se relaciona à impulsividade e à redução ou ausência de motivação para minimizar o consumo. Acredita-se que pessoas com maior capacidade de inibição e alteração de comportamentos e emoções têm maior propensão a ter mais efetividade no controle do uso (OSGOOD; MURAVEN, 2018).

Ressalta-se também que o consumo de álcool usualmente está relacionado a uma estratégia de regulação emocional, assim, os estados emocionais negativos influenciam negativamente na motivação do indivíduo em fazer autocontrole da ingestão de bebidas alcoólicas (OSGOOD; MURAVEN, 2018).

Estudo bibliográfico, com o objetivo de identificar aspectos entre o consumo de álcool e o suicídio, explicita que o ato de retirar a própria vida é compreendido como única opção possível em pessoas com dependência física e psicológica do álcool que apresentaram respostas malsucedidas em cessar o consumo (LOUREIRO; ARAÚJO, 2018).

Nesta perspectiva, quanto à vivência de problemas decorrentes do uso de álcool, Pompili et al. (2010a) citam que os comportamentos suicidas comumente ocorrem frente ao uso crônico, nos momentos em que as pessoas vivenciam um

impacto expressivo em suas vidas, principalmente situações de vulnerabilidade social, complicações clínicas e rompimento de vínculos afetivos e sociais.

Ressalta-se que, embora a idade de início de consumo de álcool não tenha apresentado correlação estatística neste estudo, descritivamente a frequência de tentativas de suicídio foi maior em pessoas que iniciaram o consumo com idade igual ou inferior a 14 anos. Estudo desenvolvido em hospital psiquiátrico na Coreia do Sul com 173 homens com transtornos relacionados ao álcool mostrou associação entre tentativa de suicídio e início precoce de consumo de bebidas alcoólicas, quando contrastados aqueles que iniciaram o uso tardiamente (LIM et al., 2008).

Diferentemente aos achados deste estudo, ressalta-se, com respaldo em estudos científicos, que os transtornos relacionados ao uso de derivados de cocaína apresentam correlação com a tentativa de suicídio e/ou comportamentos suicidas (YUODELIS-FLORES; RIES, 2015; RODRÍGUEZ-CINTAS et al., 2018; FERREIRA et al., 2019a).

Assim como o álcool, o uso de cocaína pode intensificar o sofrimento psíquico, favorecer modulações emocionais e alterações e prejuízos na cognição, fato este que pode fomentar risco para o desenvolvimento de tentativas de suicídio (TIET et al., 2006). Evidências com respaldo em estudo de base populacional conduzido com norte-americanos em tratamento por uso de substâncias mostraram que aqueles com histórico prévio de tentativa de suicídio e que utilizaram cocaína no último mês apresentaram aumento de chance em duas vezes de tentativa no último mês (TIET et al., 2006).

Estudo conduzido no Rio Grande do Sul com 130 pessoas admitidas em centros de tratamento para transtornos relacionados a substâncias, que utilizavam cocaína aspirada e/ou fumada, desvelou a frequência de tentativa de suicídio em 30,6% da amostra. Explicita que, nesta amostra, a presença de sentimentos depressivos e alterações de pensamento apresentaram associação com tentativa de suicídio (SILVA et al., 2017).

Quanto aos problemas decorrentes do uso de substâncias ilícitas, o uso intenso dessas substâncias ocasiona expressivos impactos no indivíduo, na família e na sociedade, intensificando as perdas e o sofrimento psíquico, aspectos frequentemente presentes em pessoas que tentam contra a própria vida. Estudo desenvolvido com nove usuários de crack em um CAPS AD do Maranhão mostra que, usualmente, o uso fomenta rompimentos de relacionamentos afetivos e familiares,

assim como perdas financeiras e laborais, as quais se relacionam ao intenso poder de compulsão dessa substância (BRANCO et al., 2012).

Estudo desenvolvido com 11 homens com transtornos relacionados a substâncias em um CAPS AD do Rio Grande do Sul explicita, segundo relatos dos participantes, que a tentativa de suicídio é permeada pela presença do sentimento de desesperança, de impotência perante o consumo abusivo de substâncias e de suas consequências no âmbito social e familiar (RIBEIRO et al., 2016).

Nesse sentido, o indivíduo, ao perceber as consequências e a impotência diante do consumo de substâncias e de episódios frequentes de recaída, pode apresentar o surgimento de estados emocionais negativos e, especificamente, sentimentos de desesperança quanto à recuperação, assim, o suicídio passa a ser compreendido como uma possibilidade possível (CANTÃO; BOTTI, 2017).

A ideação suicida é visualizada como um dos importantes fatores precipitantes da tentativa de suicídio em pessoas com transtornos relacionados a substâncias (MALONEY et al., 2007; BRITTON; CONNER, 2010; FERREIRA et al., 2019a). De acordo com Botega (2015), a ideação é responsável por um aumento considerável de risco para tentativa de suicídio, sobretudo quando há um planejamento, haja vista que se intensifica o risco para culminar em morte.

A ideação é definida como “pensamentos passivos sobre desejar estar morto ou pensamentos ativos sobre matar a si mesmo, não acompanhado de comportamentos preparatórios” (POSNER et al, 2007b, p. 1037, tradução nossa).

Enfatiza-se que o desenvolvimento de atos suicidas compreende, usualmente, um processo contínuo e sobreposto que se inicia com pensamentos de morte e sequencia com preparação de atos, tentativa de suicídio e o suicídio (BOTEGA et al., 2015). Estima-se que 60% das transições de ideação suicida para o planejamento e a tentativa de retirar a própria vida ocorrem no primeiro ano após início dos pensamentos (NOCK et al., 2008).

Embora todos os tipos de ideação tenham apresentado correlação com a tentativa de suicídio, destacam-se os pensamentos ativos de morte com intenção e planejamento, o de maior gravidade, como a única variável associada ao desfecho de modo independente.

A intencionalidade suicida compreende a volição de promover atos que culminem na morte por suicídio, sendo que a intenção se acentua gradativamente com início em pensamentos passivos de morte, com possibilidade de progressão até

planejamentos com detalhes para o ato suicida, e comportamentos preparatórios, demonstrando um aumento da gravidade dos pensamentos e risco para suicídio (BOTEGA, 2015).

Essa perspectiva foi evidenciada em estudo de Park et al. (2016), desenvolvido com 110 pessoas admitidas em um serviço psiquiátrico de Seul, Coreia do Sul, e apresentou que a maior gravidade da ideação suicida foi o único aspecto preditivo de tentativa de suicídio durante a vida, representando que aqueles com tentativa obtiveram uma chance superior a quatro vezes de endossar maior gravidade de ideação, quando contrastados com aqueles sem tal comportamento.

Estudo longitudinal com 85 adolescentes que acessaram uma clínica de prevenção ao suicídio na Dinamarca, acompanhados por, aproximadamente, 80 dias, evidenciou que indivíduos que verbalizaram ideação suicida com intenção de agir manifestaram um risco aproximado de oito vezes de empreender algum tipo de comportamento suicida quando comparados com aqueles sem intencionalidade (CONWAY et al., 2017). Ainda, evidências científicas também divulgaram que maior gravidade da ideação suicida no seu pior episódio é um relevante fator de risco para tentativas futuras (HORWITZ; CZYZ; KING, 2015).

Além da gravidade, mostra-se relevante considerar a intensidade da ideação como fator associado a tentativas de suicídio (CONWAY et al., 2017; HORWITZ; CZYZ; KING, 2015; LINDH et al., 2018). Entende-se que a intensidade é avaliada pelas características específicas dos pensamentos de morte, tais como duração, frequência, controle, razões para ideação e para não cometer o suicídio. Trata-se de um indicador relevante na prática clínica para assistência em saúde mental e prevenção do suicídio (POSNER et al., 2014).

Estudo conduzido por Lindh et al. (2018) na Suécia acompanhou por seis meses 804 pessoas admitidas em um serviço de emergência psiquiátrica por episódio autolesivo e identificou que maiores escores de intensidade, considerando a utilização do C-SSRS, foram significativos preditores de tentativa de suicídio durante o seguimento.

Em estudo desenvolvido com 473 pessoas admitidas em um serviço de emergência dos Estados Unidos da América em 2009 e 2010, os indivíduos que tentaram contra a própria vida dentro de um período de 18 meses após admissão foram mais propensos, significativamente, a apresentar maiores níveis de intensidade de ideação, representando uma média de escore de intensidade de 18,26 entre



aqueles que tentaram e de 13,72 entre os que não promoveram o comportamento (HORWITZ; CZYZ; KING, 2015).

No contexto do uso de substâncias, estudo conduzido com 166 pessoas admitidas por tentativa de suicídio em um hospital de trauma dos Estados Unidos da América, entre 2008 e 2012, elucida que o uso agudo de álcool e a vivência de eventos negativos de vida se associaram ao aumento da intensidade dos pensamentos de morte nas 24 horas que antecederam a tentativa, enquanto o uso de outras substâncias não mostrou significância (BAGGE et al., 2014).

Entre os itens que compõem a intensidade, uma maior duração dos pensamentos suicidas, representada pelo tempo durante o dia que a pessoa pensou sobre o suicídio na sua vivência mais grave, mostrou associação, na análise univariada, com a tentativa de suicídio durante a vida.

Em estudo de Horwitz, Czyz e King (2015), descrito anteriormente, entre as pessoas admitidas em serviço de emergência psiquiátrica, a duração dos pensamentos suicidas apresentou maior risco de endossar tentativas subsequentes no sexo masculino. Pensamentos persistentes podem favorecer que o indivíduo despenda tempo excessivo quanto a preocupações com o suicídio, culminando em sofrimento e na necessidade de promover atos sobre essa ideação (HORWITZ; CZYZ; KING, 2015).

Essa perspectiva pode estar relacionada ao processo de ruminação, caracterizado como uma resposta cognitiva do indivíduo que passa a focar e pensar excessivamente no estado emocional negativo (NOLEN-HOEKSEMA, 1991). A literatura sinaliza que os pensamentos ruminativos e as previsões negativas sobre eventos futuros podem atuar como mediadores entre tentativas de suicídio anteriores e futuras ideações (KRAJNIAK, MIRANDA, WHEELER, 2013).

Quanto ao controle dos pensamentos, a literatura mostra que o nível de controle dos pensamentos suicidas é considerado fator preditivo de tentativa de suicídio subsequente. Ademais, maior duração dos pensamentos e a dificuldade de seu controle favorecem a transição da ideação para a tentativa de suicídio (NOCK et al., 2018).

Ao associar a tentativa de suicídio a razões para apresentar a ideação suicida, os resultados destacaram significância entre aqueles indivíduos que verbalizaram o intuito de cessar com o sofrimento vivenciado. Enfatiza-se que o suicídio pode ser compreendido para a pessoa como uma solução viável para sua vida, uma fuga



existencial frente ao intenso sofrimento psíquico vivenciado (MULLER; PEREIRA; ZANON, 2017).

Este fato pode estar relacionado a uma intensificação da rigidez cognitiva quanto à capacidade de resolução dos problemas, impossibilitando que a pessoa identifique e utilize respostas pertinentes para o problema e o sofrimento experienciado (CORONEL; WERLANG, 2010).

Além da ideação, ter histórico de comportamentos suicidas também mostrou associação com o desfecho. Especificamente sobre os comportamentos preparatórios, eles são interpretados como atos de preparação do indivíduo para o ato suicida, comumente relacionados a ações, que vão além de pensamentos, de viabilização de condições para o ato, como obtenção dos materiais para realização do método, assim como se organizar para a morte, contemplando notas suicidas e doação de pertences pessoais (POSNER et al., 2007b).

Enfatiza-se que os atos preparatórios comumente ocorrem precocemente no desenvolvimento de um episódio suicida, enquanto as tentativas interrompidas ou abortadas, quando ocorridas, são consideradas proximais a um dano em potencial e à iminência de uma tentativa efetiva (INTERIAN et al., 2017).

Ao considerar as tentativas interrompidas e abortadas, enfatiza-se que nos últimos anos houve uma intensificação das discussões sobre elas, no entanto, há diminutas informações quanto aos riscos para futuros atos suicidas e às gravidades clínicas que as envolvem (ROGERS et al., 2018). Assim, ainda há poucos dados científicos que embasem esses dois aspectos para avaliação e identificação precisa dos riscos potenciais de suicídio (HILL et al., 2017).

Apesar dessas implicações, estudo conduzido com 142 pessoas em tratamento em um hospital psiquiátrico, nos Estados Unidos da América, evidenciou frequência de tentativa efetiva durante a vida em 78 (55%) participantes, interrompida em 58 (40,9%) e abortada em 46 (32,4%). Ainda, ressalta associação entre histórico de tentativa de suicídio e tentativas abortadas e interrompidas (HILL et al., 2017).

Especificamente sobre as tentativas abortadas, estudo com 167 jovens adultos americanos com histórico de comportamentos suicidas sugere que aqueles que realizaram tentativa de suicídio efetiva eram mais propensos a apresentar maior gravidade clínica, quando contrastados com aqueles que apresentaram somente tentativa abortada (ROGERS et al., 2018).

Quanto aos aspectos de saúde, é consensual na literatura que a presença de uma comorbidade mental, compreendida como a presença de dois ou mais transtornos mentais, intensifica o risco de desenvolvimento de comportamentos suicidas (WHO, 2014). Ressalta-se que a ocorrência de transtornos relacionados a substâncias e outro transtorno mental fomenta implicações importantes no prognóstico e no tratamento psicossocial frente à complexidade dos sintomas envolvidos, que, muitas vezes, se sobrepõem (SILVA et al., 2016; DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2018).

Os transtornos de humor, psicóticos, de ansiedade, de personalidade e de *déficit* de atenção são os diagnósticos frequentemente sobrepostos aos transtornos relacionados a substâncias (DANIELI et al., 2017; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Estudo qualitativo desenvolvido com 20 pessoas em tratamento em uma unidade de reabilitação para uso abusivo de substâncias na região metropolitana de Curitiba explicitou que, para os participantes, o diagnóstico de depressão, esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar se intensificou ou surgiu em decorrência do consumo de substâncias, sendo a tentativa de suicídio um agravante deste contexto (SILVA et al., 2016).

Nos transtornos de humor, os depressivos são considerados o fator mais frequente na literatura, associado à tentativa de suicídio e morte por suicídio. Ressalta-se que entre as publicações entre 2006 e 2016 sobre ideação e comportamentos suicidas entre pessoas com transtornos relacionados a substâncias, os transtornos depressivos e/ou sintomas depressivos foram os mais prevalentes (FERREIRA et al., 2019a).

Estudos apontam a associação entre tentativa de suicídio por pessoas com transtornos relacionados a uma ou mais substâncias e sintomas depressivos e/ou diagnóstico de transtornos depressivos (DEISENHAMMER et al., 2006; ILGEN et al., 2007; MALONEY et al., 2007; BRITTON; CONNER, 2010; BOHNERT; ROEDER; ILGEN, 2011; LIU et al. 2012; RODRÍGUEZ-CINTA et al., 2018).

O sofrimento psíquico, a desesperança, amotivação, dificuldade de enfrentamento de problemas vivenciados e outros sintomas depressivos são aspectos recorrentes em pessoas com risco de suicídio (CREMASCO; BAPTISTA, 2017). Acredita-se que a correlação entre comportamentos suicidas e o uso abusivo de substâncias se apresente de múltiplas direções, sendo a depressão e os sentimentos depressivos associados a essas duas condições (ABDALLA et al., 2019).

A literatura mostra a possibilidade de os sentimentos depressivos agirem como mediadores entre os transtornos relacionados a substâncias e os pensamentos e tentativas suicidas (WANG et al., 2017; GRAZIOLI et al., 2018).

Ainda, considerando os transtornos de humor, destaca-se a relevância do diagnóstico de transtorno afetivo bipolar como um aspecto relacionado à tentativa de suicídio entre pessoas com uso abusivo de substâncias, segundo evidências na literatura (SUBLETTE et al., 2009; NERY et al., 2014). O transtorno bipolar é designado pela recorrência de períodos de elevação de humor e humor deprimido, no entanto, cabe salientar que no curso do transtorno, comumente, a pessoa vivencia mais tempo de sua vida com humor deprimido que em fase eufórica (BOTEGA, 2015).

Em estudo brasileiro multicêntrico, conduzido na Bahia, São Paulo e Rio Grande do Sul, com 483 pessoas com transtorno bipolar em tratamento ambulatorial, foi evidenciado que 109 preenchiam critérios diagnósticos de transtornos relacionados ao álcool durante a vida, tendo este grupo apresentado maior propensão a ter histórico de tentativa de suicídio quando contrastados com aqueles sem transtornos por álcool (NERY et al., 2014).

Neste estudo, ter familiares com transtorno mental foi significativo entre aqueles com histórico de tentativa, enquanto ter familiares com comportamentos suicidas não mostrou correlação. A literatura contextualiza sobre a possibilidade de que a transmissão familiar do comportamento suicida ocorra também pela mediação da gravidade psiquiátrica da família, não necessariamente pelas tendências suicidas (JAKUBCZYK et al., 2014).

Ter histórico familiar de transtornos mentais e de uso de substâncias é um aspecto substancial de risco para desenvolvimento de problemas psicológicos e de saúde mental (KENDLER et al., 2015). Acredita-se que o acometimento de um transtorno mental, inclusive de transtornos relacionados a substâncias, apresenta correlação entre predisposições genética e aspectos ambientais, entre eles, a família (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Quanto às influências ambientais, é relevante compreender a família como um conjunto de pessoas em constante interrelação, que, frequentemente, é afetada pelo adoecimento de um membro (FERREIRA et al., 2019b). Conviver e despendar cuidados a uma pessoa com transtorno mental ocasiona expressivos efeitos nocivos aos familiares, quanto a problemas financeiros, emocionais, episódios e transtornos depressivos (AE-NGIBISE et al., 2015).

O indivíduo, ao vivenciar eventos estressores e traumáticos, principalmente na infância e adolescência, pode apresentar alterações psicológicas significativas, assim como o surgimento de sintomas psiquiátricos, inclusive os de pensamentos e comportamentos suicidas (KEYSER-MARCUS et al., 2015; NAVARRO-ATIENZAR; ZABALA-BAÑOS, RICARTE-TRIVES, 2019). A exposição a um evento traumático pode fomentar episódios de sofrimento psíquico intenso, estados emocionais negativos e ansiosos, alterações no padrão do sono, irritabilidade e dificuldade de concentração (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Nesta perspectiva, os resultados mostraram, com respaldo na análise univariada, que aqueles que experienciaram situação de risco de vida foram mais propensos a apresentar histórico de tentativa de suicídio. O uso abusivo de substâncias, mormente ilícitas, ocasiona consequências expressivas ao indivíduo e à sociedade, tais como criminalidade, agressividade e situação de rua frente a conflitos familiares e à necessidade de obtenção financeira para manutenção do uso, fato este que propicia exposição a riscos para mortalidade (CAPISTRANO et al., 2013; CAPISTRANO et al.; 2018).

Estudo desenvolvido com 266 pessoas com transtornos relacionados a substâncias de seis clínicas de reabilitação de Goiás identificou que 45,9% dos participantes se expuseram a situações de risco de mortalidade alguma vez durante a vida quanto à overdose, violência e acidentes, quando estavam intoxicados por substâncias (LUCCHESI et al., 2017).

Diferentemente aos resultados obtidos, estudos apontam que pessoas com transtornos relacionados a substâncias que foram vítimas de abuso sexual apresentaram propensão a histórico de tentativa de suicídio (WOJNAR et al., 2009; JAKUBCZYK et al., 2014; SCHÄFER et al., 2014; FUDALEJ, et al., 2015; FERREIRA et al., 2019a). Estudo transversal conduzido na Polônia, com 386 pessoas com transtornos relacionados ao álcool em um programa de tratamento, elucidou que aqueles com tentativa de suicídio durante a vida apresentaram probabilidade aumentada, superior a duas vezes, de ter vivenciado alguma violência sexual. Também aponta correlação entre aqueles que sofreram revitimização do abuso (JAKUBCZYK et al., 2014).

Ademais, embora as variáveis dos aspectos legais não tenham apresentado correlação com o desfecho, maiores escores quanto ao nível de gravidade na área legal mostraram correlação com a tentativa de suicídio durante a vida.

Estudo conduzido com 523 pessoas com histórico de tratamento em centros de tratamentos para transtornos relacionados a substâncias na Coreia do Sul mostrou que 120 tentaram contra a própria vida, e que maiores níveis de gravidade no domínio legal foram observados entre aqueles com histórico de tentativa. Destaca também que indivíduos com tentativa prévia foram mais propensos a apresentar períodos prisionais mais extensos e maior gravidade nos problemas judiciais (KWON et al., 2013).

O consumo abusivo de substâncias, principalmente de ilícitas, pode favorecer o desenvolvimento de atividades ilegais em decorrência do desejo intenso de consumir a substância frente à dependência física e psicológica, assim como pela vulnerabilidade social (TOLEDO; GÓNGORA; BASTOS, 2017). Considera-se que a influência social, no contexto em que indivíduo se insere, muitas vezes legitima práticas criminais como modo de obtenção da substância (ACIOLI NETO; SANTOS, 2016).

Estudo desenvolvido com 72 usuários de crack admitidos em Comunidades Terapêuticas de Minas Gerais mostrou a frequência de histórico prisional em 28 (35%) pessoas, destes, a metade, aproximadamente, foi por motivos de posse ilegal de drogas, fabricação ou tráfico (SINGULANE; SILVA; SARTES, 2016). Situações de furto e roubo também são recorrentes nessa população (KESSLER et al., 2012b). Ademais, estima-se que, na população prisional, pessoas com transtornos relacionados a substâncias apresentam probabilidade aumentada em duas vezes de proceder à tentativa (GATES et al., 2017).

No que concerne aos aspectos terapêuticos, aqueles participantes com histórico de internamento psiquiátrico apresentaram, aproximadamente, duas vezes mais chance de ter histórico de tentativa de suicídio, quando comparados com aqueles sem internamento.

De acordo com Botega (2015), a internação psiquiátrica é visualizada como uma conduta necessária aos indivíduos com risco iminente de suicídio, no intuito de mantê-los seguros e prevenir o suicídio, principalmente quando há necessidade de avaliação e vigilância da pessoa por um período mais prolongado, processos familiares disfuncionais, suporte social fragilizado e sintomas mentais que inviabilizem o acompanhamento no âmbito extra-hospitalar.

Ademais, o risco de desenvolvimento de um comportamento suicida se intensifica na primeira semana da hospitalização, assim como nos primeiros trinta dias após a alta (BOTEGA, 2015). A literatura sinaliza que, após alta de hospital

psiquiátrico, possivelmente há uma intensificação do risco de suicídio a curto prazo entre os indivíduos com transtornos mentais mais severos, com humor depressivo expressivo e ausência de vinculação a um serviço de atendimento em saúde (OLFSON et al., 2016).

Assim, o processo de alta hospitalar necessita estar voltado a um tratamento psicossocial integral e intersetorial para que a pessoa tenha o suporte necessário para a continuidade do acompanhamento em saúde mental em uma rede de cuidados (SILVEIRA et al., 2019). É necessário garantir a articulação entre os dispositivos de saúde da RAPS para auxiliar no cuidado continuado e intensificar a adesão ao tratamento, almejando uma redução do agravamento do quadro e de reinternações (ZANARDO et al., 2017).

Os participantes que consideraram extremamente importante o acompanhamento psicológico e psiquiátrico, excetuando acompanhamento específico para transtornos relacionados a substâncias, foram mais propensos a ter histórico de tentativa de suicídio. Sugere-se que os indivíduos com esse histórico possam ter vivenciado uma complexidade de sofrimentos psíquicos e/ou de sintomas de saúde mental, que culminou em crise suicida, fato que pode favorecer o autoconhecimento quanto à necessidade de ajuda.

O *insight* no contexto de saúde mental, definido como o grau de consciência e compreensão da doença, é um fator que favorece o autoconhecimento (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). A vivência de experiências permeadas por sofrimentos e perdas em saúde mental contribui para a conscientização do indivíduo quanto à sua condição de saúde e à necessidade de tratamento (FERREIRA et al., 2015b).

Evidências científicas sinalizam que pessoas com histórico de tentativa de suicídio apresentam maiores índices de percepção de necessidade e de busca por tratamento, quando comparadas com aquelas que apresentaram somente ideação, sugerindo uma intensificação da autopercepção quanto à necessidade de ajuda frente a uma maior gravidade suicida vivenciada (PAGURA et al., 2009).

No tratamento psicossocial, a terapêutica medicamentosa é reconhecida como um recurso voltado a minimizar os sinais e sintomas físicos e comportamentais frequentemente relacionados ao transtorno mental, assim como reduzir sintomas agudos e, conseqüentemente, o risco de suicídio (BOTEGA, 2015; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Confirmando os achados desta tese, a literatura estima que entre as pessoas com transtornos relacionados a substâncias com histórico de tentativa de suicídio há um aumento aproximado de duas vezes de apresentar prescrição de medicação para problemas psicológicos e emocionais (KWON et al., 2013).

Sabe-se que o suicídio apresenta correlação com diversos aspectos neurobiológicos, genéticos e ambientais, por consequência, as indicações farmacológicas evidenciadas na literatura ainda se mostram limitadas. No entanto, tem-se que, entre pessoas que endossam pensamentos suicidas ou tentativa frequentemente, é iniciada uma terapêutica medicamentosa pelo uso de antidepressivos quando há presença de sintomas depressivos (AL JURDI; SWANN; MATHEW, 2015).

Os antidepressivos são indicados, frequentemente, em casos de sintomas depressivos moderados ou severos, comumente presentes entre aqueles que tentam contra a própria vida. Esses medicamentos atuam diretamente no aumento da disponibilidade de neurotransmissores dopaminérgicos, serotoninérgicos e/ou noradrenérgicos, intensificando o humor (BOTEGA, 2015).

No entanto, cabe ressaltar que a prescrição de antidepressivos deve ser feita cautelosamente frente à possibilidade de não ocasionar benefícios quanto ao risco de comportamentos suicidas. Assim, o acompanhamento clínico terapêutico entre indivíduos, principalmente jovens, se faz necessário para avaliação do quadro clínico e do risco potencial para o suicídio (POMPILI et al., 2010b).

Embora este estudo não tenha apresentado correlação entre adesão atual à terapêutica medicamentosa e tentativa de suicídio, destaca-se maior frequência de tentativa prévia entre aqueles não aderentes. A literatura contextualiza que aqueles com baixa adesão à terapêutica medicamentosa em saúde mental apresentam maiores chances de tentativa de suicídio, aproximadamente quatro vezes (RUENGORN et al., 2012).

Estudo conduzido em três CAPS do município de Curitiba, com 300 usuários em tratamento, mostrou que 147 (49%) não aderiram à terapêutica medicamentosa, destes, 113 (76,9%) apresentavam histórico de tentativa de suicídio. Ainda, ressaltou que aqueles com tentativa de suicídio aderiram 0,68 vezes menos à terapêutica do que aqueles sem essa condição (BORBA et al., 2018a).

De acordo com Ferreira et al. (2017), as pessoas em tratamento na área de saúde mental comumente empreendem ações voltadas a cessar a terapêutica



medicamentosa ou a alterar a frequência e a dosagem prescrita com o intuito de minimizar os sofrimentos vivenciados, no entanto, ao proceder a esta ação, os sintomas são intensificados e, em alguns usuários, o desenvolvimento de pensamentos e tentativas de suicídio, assim como hospitalizações.

No intuito de favorecer a adesão e o uso seguro dos medicamentos de saúde mental, expressa-se a relevância de a equipe multiprofissional desenvolver atividades terapêuticas voltadas à avaliação da adesão, à educação em saúde e ao protagonismo do indivíduo no seu tratamento psicossocial (BORBA et al., 2018a, 2018b).



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo atingiu os objetivos propostos ao identificar os fatores associados à ideação e a comportamentos em pessoas com transtornos relacionados a substâncias na literatura, ao mensurar a frequência de tentativa de suicídio durante a vida nas pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento e os aspectos sociodemográficos, econômicos e clínicos associados ao desfecho.

A frequência de tentativa entre as pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento nos CAPS III foi de 51,8%, validando a primeira hipótese deste estudo.

Quanto à hipótese de associação entre os aspectos sociodemográficos e econômicos e a tentativa de suicídio, este estudo a refuta, haja vista que a única variável associada foi a participação em atividades religiosas pela análise univariada, mas ela não se manteve após a aplicação de teste para verificar a razão de prevalência.

Entre os principais aspectos clínicos, os associados à tentativa de suicídio foram: tempo igual ou superior a 10 dias de problemas físicos no último mês, maior gravidade e intensidade da ideação suicida durante a vida, histórico de tentativa interrompida, realização de comportamentos preparatórios, comorbidade mental, sentimentos depressivos e histórico familiar de transtornos mentais. Destacam-se os pensamentos suicidas ativos com alguma intenção e planejamento durante a vida como único aspecto associado à tentativa de modo independente.

Nos aspectos terapêuticos, identificou-se que apresentar prescrição medicamentosa, utilizar antidepressivos, ter histórico de internamento em hospital psiquiátrico e considerar extremamente importante o tratamento psicológico/saúde mental mostrou associação com tentativa de suicídio durante a vida. Assim, este estudo sustentou a hipótese de que aspectos clínicos e terapêuticos apresentam associação com o desfecho.

Quanto ao consumo de álcool, aqueles que relataram problemas decorrentes do uso de álcool no último mês, bem como apresentaram dificuldade em controlar o consumo associaram esse comportamento à tentativa de suicídio com base na análise univariada. Ressalta-se que o consumo de derivados de cocaína e de múltiplas substâncias não foi identificado neste estudo, refutando, assim, a hipótese.

Nesta perspectiva, neste estudo, os aspectos psicológicos e de saúde mental se mostraram mais relevantes na associação com a tentativa de suicídio que as especificidades de consumo de substâncias quanto ao tipo, à frequência, à intensidade e aos anos de uso ativo destas.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o delineamento transversal que avalia o desfecho e a exposição de modo simultâneo, impossibilitando uma relação temporal entre ambos. Ademais, algumas características, sintomas e sentimentos questionados no momento da coleta de dados poderiam não estar presentes no período que antecedeu a tentativa de suicídio.

A utilização da amostragem não probabilística não permite generalizações dos dados obtidos, principalmente ao considerar a não participação no estudo daqueles indivíduos cadastrados nos CAPS AD III, mas que não compareceram ao serviço no momento da coleta de dados.

Os dados coletados foram predominantemente baseados em instrumentos de autorrelato, fato que pode superestimar ou subestimar dados coletados, sobretudo em questões particulares e sensíveis como ideação e comportamentos suicidas, uso atual de substâncias, vivência de abusos físicos e sexuais e aspectos judiciais e criminais.

Destaca-se o número reduzido de artigos brasileiros sobre a tentativa de suicídio em pessoas com transtornos relacionados a substâncias, como evidenciado na revisão integrativa de literatura, limitando a comparação e a discussão dos resultados obtidos com dados nacionais mais próximos da realidade.

Este estudo pode contribuir para a redução da lacuna de conhecimento nacional que envolve a tentativa de suicídio entre pessoas com transtornos relacionados a substâncias. Acredita-se que os resultados obtidos quanto à frequência e a aspectos associados à tentativa forneçam subsídios aos profissionais de saúde e aos gestores para a implementação de estratégias terapêuticas preventivas ao suicídio, consequentemente, voltadas à redução de mortes autoinfligidas.

Considerando a prática profissional, destaca-se a importância da escuta ativa, do vínculo terapêutico e do acolhimento pelos profissionais de saúde nos serviços de atenção à saúde e do gerenciamento de caso, assim como a articulação entre a rede inter e intrasetorial, considerando a complexidade e a multifatorialidade dos aspectos associados à tentativa de suicídio.

Entre a população com transtornos relacionados a substâncias, ressalta-se a imprescindibilidade de os profissionais promoverem estratégias terapêuticas direcionadas à avaliação e ao monitoramento da ideação e dos comportamentos suicidas, sobretudo para aqueles indivíduos com sintomas depressivos, com histórico de tentativa e que verbalizam pensamentos de morte ativos, com intencionalidade e planejamento.

Mostra-se relevante a realização de ações de educação em saúde à população, voltadas para a desmitificação dos estigmas e preconceitos ainda perpetrados contra pessoas que empreendem comportamentos suicidas; principalmente, ao considerar, com respaldo nos resultados, que a maioria das pessoas que tentaram contra a própria vida promoveram atos preparatórios para o suicídio, os quais podem ser demonstrados pelos sinais verbais e comportamentais no cotidiano e na convivência com familiares e amigos.

No processo de ensino, enfatiza-se a relevância de abordar a temática da tentativa de suicídio de modo transversal na formação de profissionais de saúde, haja vista que se trata de um assunto que permeia diversas áreas no cotidiano da prática profissional em saúde, não se restringindo apenas à área da saúde mental. Assim, sugere-se considerar o contexto do suicídio no cuidado ao indivíduo e à coletividade voltado a todas as fases da vida – crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Indica-se a necessidade de desenvolvimento de estudos sobre esta temática com maiores níveis de evidências científicas, principalmente com delineamento longitudinal, voltadas a substâncias específicas, haja vista que o padrão de consumo e os efeitos podem ser modificados segundo o tipo de substância consumida.

Por fim, sugere-se que, para o acesso ao instrumento C-SSRS para a língua portuguesa e para sua utilização na prática profissional e científica, deve-se entrar em contato com os idealizadores do *The Columbia Lighthouse Project* para orientações e capacitações.

## REFERÊNCIAS

ABDALLA, R. R. et al. Suicidal behavior among substance users: data from the Second Brazilian National Alcohol and Drug Survey (II BNADS). **Brazilian Journal Psychiatry**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 437-440, 2019.

ABREU, K. P. et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 195-200, 2010.

ACIOLI NETO, M. L.; SANTOS, M. F. S. Os usos de crack em um contexto de vulnerabilidade: representações e práticas sociais entre usuários. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 1-9, 2016.

AE-NGIBISE, K. A. et al. The experience of caregivers of people living with serious mental disorders: a study from rural Ghana. **Global health action**, Philadelphia, v. 11, p.1-9, 2015.

AGRAWAL, A. et al. Characterizing alcohol use disorders and suicidal ideation in young women. **Journal of studies on alcohol and drugs**, Piscataway, v. 74, n. 3, p. 406-12, 2013.

AL JURDI, R. K.; SWANN, A.; MATHEW, S. J. Psychopharmacological agents and suicide risk reduction: ketamine and other approaches. **Current psychiatry reports**, Philadelphia, v. 17, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s11920-015-0614-9>>. Acesso em: 29 de nov. 2019.

ALMEIDA, R. M. M.; FLORES, A. C. S.; SCHEFFER, M. Ideação suicida, resolução de problemas, expressão de raiva e impulsividade em dependentes de substâncias psicoativas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 26, n.1, p. 1-9, 2013.

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia e Saúde**: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

ALVES, F. J. O; MACHADO, D. B.; BARRETO, M. L. Effect of the Brazilian cash transfer programme on suicide rates: a longitudinal analysis of the Brazilian municipalities. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, Berlin, v. 54, n. 5, p. 599-606, 2019.

ANESTIS, M. D. et al. The interactive role of distress tolerance and borderline personality disorder in suicide attempts among substance users in residential treatment. **Comprehensive psychiatry**, Philadelphia, v. 53, n. 8, p. 1208-16, 2012.

APA. American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARIAS A. J. et al. Variation in OPRM1 and risk of suicidal behavior in drug-dependent individuals. **The American journal on addictions**, Oxford, v. 21, n. 1, p. 5-10, 2012.

ARSENAULT-LAPIERRI, G.; KIM, C.; TURECKI, G. Psychiatric Diagnoses in 3275 Suicides: a meta-analysis. **BMC Psychiatric**, London, v. 4, n. 37, 2004.

BAGGE, C. L. et al. Near-term predictors of the intensity of suicidal ideation: an examination of the 24h prior to a recent suicide attempt. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 165, p. 53-8, 2014.

BAHIA, C. A. et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviço de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2841-50, 2017.

BARROS, J. et al. Comparison of risk factor in high vs low lethality suicide attempts. In: 16th Association of European Psychiatrists Congress, 23, 2008, Paris. **16<sup>th</sup> AEP Congress: abstract book**. Paris: European Psychiatry, 2008. p. s386.

BOHNERT, A. S. B.; ROEDER, K. M.; ILGEN, M. A. Suicide attempts and overdoses among adults entering addictions treatment: Comparing correlates in a U.S. national study. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 119, n. 1-2, p.106-12, 2011.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia Básica**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2010.

BORBA, L. O. et al. Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, 2018a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017006603341>>. Acesso em: 18 out. 2019.

BORBA, L. O. et al. Adaptação transcultural e validação do instrumento de Medida de Adesão ao Tratamento a pessoas com transtorno mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, supl 5, p. 2374-81, 2018b.

BORGES, G. et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. **The Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 71, n. 12, p. 1617-28, 2010.

BOTEGA, N. J. et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2632-8, 2009.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n.3, p. 231-6, 2014.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTTI, N. C. L. et al. Características do comportamento suicida de homens e mulheres em tratamento psiquiátrico. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 23, n. 2, e54280, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/0.5380/ce.v23i1.54280>>. Acesso em: 15 out. 2019.

BRANCO, F. M. F. C. et al. Compulsão, criminalidade, destruição e perdas: o significado do crack para os usuários. **Enfermagem em foco**, Brasília, v. 3, n. 4, p.174-177, 2012.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]**. Brasília (DF): 2001.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 3.008, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas 24 horas (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes metodológicas**: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília, DF, 2014.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017-2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 48, n. 30, 2017b. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-aten--ao-a-sa--de.pdf>> Acesso em: 21 out. 2017.

\_\_\_\_\_. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – DATASUS. **Informações de Estatísticas vitais – mortalidade e nascidos vivos: banco de dados**. 2017c. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 20 out. 2017.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n° 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e no n° 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): 2017d.



\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Setembro Amarelo – Ministério da Saúde lança Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017e. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>> Acesso em: 08 dez. 2017.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Lista de CAPS habilitados em funcionamento no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 23 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 50, n.24, 2019a. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suic--dio-24-final.pdf>> Acesso em: 02 jan. 2020.

\_\_\_\_\_. CONGRESSO NACIONAL. Lei n. 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]**. Brasília (DF): 2019b.

BRITTON, P. C.; CONNER, K. R. Suicide attempts within 12 months of treatment for substance use disorders. **Suicide & life-threatening behavior**, New York, v.40, v. 1, p. 14-21, 2010.

BURSHTAIN, S. Religiosity as a protective factor against suicidal behaviour. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Malden, v. 133, n. 6, p. 481-8, 2016.

CACCIOLA, J. S. et al. Recent Status Scores for Version 6 of the Addiction Severity Index (ASI-6). **Addiction**, Oxford, v. 106, n. 9, p. 1588-1602, 2011.

CALATI, R. et al The impact of physical pain on suicidal thoughts and behaviors: meta-analyses. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford, v. 71, p. 16-32, 2015.

CANTÃO, L.; BOTTI, N. C. L. Suicidal behavior among drug addicts. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 366-73, 2016.



CANTÃO, L.; BOTTI, N. C. L. Representação social do suicídio para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. **Avances em Enfermería**, Bogotá, v. 35, n. 2, p.148-58, 2017.

CAPISTRANO, F. C. et al. Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuário. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n.3, p.468-74, 2013.

CAPISTRANO, F. C. et al. Consequências do uso abusivo de substâncias psicoativas por pessoas em tratamento. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 11, n.1, p.17-26, 2018.

CAPRON, D. W. et al. Suicide risk among male substance users in residential treatment: Evaluation of the depression-distress amplification model. **Psychiatry research**, Limerick, v. 237, p. 22-6, 2016.

CASTAIGNE, E.; HARDY, P.; MOUAFFAK, F. La veille sanitaire dans la prise en charge des suicidants. Quels outils, quels effets, comment les évaluer? **L'Encéphale**, Paris, v. 43, n. 1, p. 75-80, 2017.

CHAKRAVORTY, S. et al. Suicidal ideation in veterans misusing alcohol: relationships with insomnia symptoms and sleep duration. **Addictive behaviors**, Oxford, v. 39, n. 2, p. 399-405, 2014.

CHAPMAN, S. C. E.; HORNE, R. Medication nonadherence and psychiatry. **Current opinion in psychiatry**, Philadelphia, v. 26, n. 5, p. 446-452, 2013.

CHAUDHURY, S. R. et al. Clinical correlates of planned and unplanned suicide attempts. **The journal of nervous and mental disease**, Hagerstown, v. 204, n. 11, p. 806-11, 2016.

CHEN, C. K. et al. Analysis of association of clinical correlates and 5-HTTLPR polymorphism with suicidal behavior among Chinese methamphetamine abusers. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, Melbourne, v. 61, n. 5, p. 479-486, 2007.

CHEN, V. C. H. et al. Suicide attempts prior to starting methadone maintenance treatment in Taiwan. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 109, n. 1-3, p. 139-43, 2010.

CHOI K. W. et al. Alcohol-induced disinhibition is associated with impulsivity, depression, and suicide attempt: a nationwide community sample of Korean adults. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 227, p. 323-29, 2018.

CONNER, K. R. et al. Test of a clinical model of drinking and suicidal risk. **Alcoholism, clinical and experimental research**, Oxford, v. 35, n. 1, p. 60-8, 2011.

CONNER, K. R. et al. Stressful life events and suicidal behavior in adults with alcohol use disorders: role of event severity, timing, and type. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 120, n. 1-3, p. 155-61, 2012.

CONNER, K. R.; BAGGE, C. L. Suicidal behavior: links between alcohol use disorder and acute use of alcohol. **Alcohol Research: Current Reviews**, Bethesda, v.40, n.1, e01-e04, 2019.

CONTE, M. et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2017-26, 2012.

CONWAY, P. M. et al. Predictive validity of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale for Short-Term Suicidal Behavior: a Danish Study of Adolescents at a High Risk of Suicide. **Archives of suicide research**, London, v. 21, n. 3, p. 455-69, 2017.

CORONEL, M. K.; WERLANG, B. S. G. Resolução de problemas e tentativa de suicídio: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Porto Alegre, v. 6, n.2, p. 59-82, 2010.

CREMASCO, G. S.; BAPTISTA, M. N. Depressão, motivos para viver e o significado do suicídio em graduandos do curso de psicologia. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 22-37, 2017.

CRUMP, C. et al. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. **Psychological Medicine**, London, v. 44, p. 279-289, 2014.

CURITIBA. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. Centro de Epidemiologia. **Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2018.

C-SSRS. COLUMBIA SUICIDE SEVERITY RATING SCALE. **The Columbia Light house project**. Disponível em: <<http://cssrs.columbia.edu/>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

CZARNOBAY, J. et al. Uso de psicofármacos pelo portador de transtorno mental: percepções do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 23, n. 01, e52149, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52149>>. Acesso em: 17 jul. 2019.

CZYZ, E. K. et al. Self-efficacy to avoid suicidal action: factor structure and convergent validity among adult in substance use disorder treatment. **Suicide & life-threatening behavior**, New York, v.44, n. 6, p. 698-709, 2014.

DANIELI, R. V. et al. Perfil sociodemográfico e comorbidades psiquiátricas em dependents químicos acompanhados em comunidades terapêuticas. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, p. 139-149, 2017.

DARVISHI, N. et al. Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide, a meta-analysis. **PLoS One**, San Francisco, v. 10, n. 5, e0126870, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126870>>. Acesso em: 18 out. 2019.

DEISENHAMMER, E. A. et al. Serum lipids and risk factors for attempted suicide in patients with alcohol dependence. **Alcoholism: clinical and experimental research**, Oxford, v. 30, n. 3, p. 460-5, 2006.

DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 2, n. 2, p.81-100, 2001.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

EGGLESTON, A. M. et al. Suicidality, aggression, and other treatment considerations among pregnant, substance-dependent women with posttraumatic stress disorder. **Comprehensive psychiatry**, Philadelphia, v. 50, n. 5, p. 415-23, 2009.

ERFAN, S. et al. Effect of Comorbid Depression on Substance Use Disorders. **Substance Abuse**, Philadelphia, v. 31, n. 3, p.162-9, 2010.

ERLANGSEN, A.; STENAGER, E.; CONWELL, Y. Physical diseases as predictors of suicide in older adults: a Nationwide, register-based cohort study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 50, p. 1427-39, 2015.

FERNANDES, L. R.; COLUGNATI, F. A. B.; SARTES, L. M. A. Desenvolvimento e avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira do Addiction Severity Index 6 (ASI-6) *Light*. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 2, p.132-139, 2015.

FERNANDEZ, N.; GRATALOUP, G.; POSNER, K. Translation of the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) for use in 33 countries. **Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research**, Malden, v. 11, n.6, p. A340-A341, 2008. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S1098-3015\(10\)66182-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1098-3015(10)66182-7)>. Acesso em: 24 fev. 2017.

FERNANDEZ-MONTALVO, J. et al. Suicidal ideation and attempts among patients with lifetime physical and/or sexual abuse in treatment for substance use disorders. **Addiction Research & Theory**, Oxford, v. 27, p. 204-9, 2019.

FERRARI, A. J. et al. The Burden Attributable to Mental and Substance Use Disorders as Risk Factors for Suicide: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **PLoS One**, San Francisco, v. 9, n. 4, 2014.

FERREIRA, A. C. Z. **A complexa vivência do portador de transtorno mental no uso de psicofármacos**. 168f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

FERREIRA, A. C. Z. et al. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais da saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 150-156, 2015a.

FERREIRA, A. C. Z. et al. Motivações de dependentes químicos para o tratamento: percepção de familiares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n.3, p. 474-81, 2015b.

FERREIRA, A. C. Z. et al. A vivência do portador de transtorno mental no uso de psicofármacos na perspectiva do pensamento complexo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, e100016, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001000016>>. Acesso em: 19 dez. 2018.

FERREIRA, A. C. Z. et al. Comportamentos suicidas em pessoas com transtornos relacionados a substâncias. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, Recife, v. 13, e241446, 2019a. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241446>>. Acesso em: 18 out. 2019.

FERREIRA, T. T. S. et al. A família no cuidado em saúde mental: desafios para a produção de vidas. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.43, n.121, p.441-9, 2019b. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912112>>. Acesso em 29 nov. 2019.

FIGUEIREDO, A. E. B. et al. É possível superar ideações e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1711-19, 2015.

FINKELSTEIN, Y. et al. Risk of suicide following deliberate self-poisoning. **JAMA Psychiatry**, Chicago, v. 72, n. 6, p. 570-5, 2015.

FORMAN, E. M. et al. History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. **The American Journal of Psychiatry**, Washington, v. 161, n. 3, p. 437-443, 2004.

FUDALEJ, S. et al. Somatic Comorbidity and Other Factors Related to Suicide Attempt Among Polish Methadone Maintenance Patients. **Journal of addiction medicine**, Hagerstown, v. 9, n. 6, p. 433-9, 2015.

GÁLVEZ, B. P. Prevención e intervención de la conducta suicida en personas consumidoras de alcohol. In: ANSEÁN, A. **Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida**. 2ª ed. Madrid: Fundación Salud Mental España, 2015. p.611-30.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing and Health**, New York, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GATES, M. L. et al. Associations among substance use, mental health disorders, and self-harm in a prison population: examining group risk for suicide attempt. **International journal of environmental research and public health**, Basel, v. 14, n. 3, e317, 2017.

GHANBARI, B. et al. Alcohol abuse and suicide attempt in Iran: a case-crossover study. **Global journal of health science**, Toronto, v. 8, n. 7, p. 58-67, 2016.

GRAZIOLI, V. S. et al. Depressive symptoms, alcohol use and coping drinking motives: examining various pathways to suicide attempts among young men. **Journal of affective disorders**, Amsterdam, v. 232, p. 243-51, 2018.

HALLGREN, K. A. et al. Prediction of suicide ideation and attempt among substance-using patients in primary care. **Journal of the American board of family medicine**, Lexington, v. 30, n. 2, p. 150-60, 2017.

HECK, R. M. et al. Ação dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 26-33, 2012.

HILL, R. M. et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: associations between interrupted, aborted and actual suicide attempts among adolescent inpatients. **Psychiatry Research**, Limerick, v. 255, p. 338-40, 2017.

HORWITZ, A. G.; CZYZ, E. K.; KING, C. A. Predicting future suicide attempts among adolescent and emerging adult psychiatric emergency patients. **Journal of clinical child and adolescent psychology**, London, v. 44, n. 5, p. 751-61, 2015.

HOWARD M. O. et al. Suicide ideation and attempts among inhalant users: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. **Suicide & life-threatening behavior**, New York, v. 40, v. 3, p. 276-86, 2010.

HUISMAN, A.; HOUWELINGEN, C. A. J.; KERKHOF, A. J. F. M. Psychopathology and suicide method in mental health care. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 121, n. 1-2, p. 94-99, 2010.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HUNT, I. M. et al. Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups: National clinical survey. **British Journal of Psychiatry**, London, v. 188, n. 2, p. 135-142, 2006.

ILGEN, M. A. et al. Predictors of a suicide attempt one year after entry into substance use disorder treatment. **Alcoholism: clinical and experimental research**, Oxford, v. 31, n. 4, p. 635-642, 2007.

ILGEN, M. A. et al. The association between partner and non-partner aggression and suicidal ideation in patients seeking substance use disorder treatment. **Addictive behaviors**, Oxford, v. 34, n. 3, p. 180-186, 2009.

ILGEN, M. A. et al. Patterns of treatment utilization before suicide among male veterans with substance use disorders. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 102, s. 1, p. 88-92, 2012.

INAGAKI, M. et al. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: a meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 175, n. 1, p. 66-78, 2015.

INPAD. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas, 2014.

INTERIAN, A. et al. Use of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) to classify suicidal behaviors. **Archives of Suicide Research**, Londres, v. 22, n. 2, p. 278-294, 2018.

JAKUBCZYK, A. et al. History of sexual abuse and suicide attempts in alcohol-dependent patients. **Child abuse & neglect**, Oxford, v. 38, n. 9, p. 1560-8, 2014.

JASIEWICZ, A. et al. Suicidal behavior and haplotypes of the dopamine receptor gene (DRD2) and ANKK1 gene polymorphisms in patients with alcohol dependence: preliminary report. **PloS One**, San Francisco, v. 9, n. 11, p. 1-9, 2014.

JIN, H. et al. Risks and predictors of current suicidality in HIV-infected heroin users in treatment in Yunnan, China: a controlled study. **Journal of acquired immune deficiency syndromes**, New York, v. 62, n. 3, p. 311-316, 2013.

KAR, N. et al. Scale for assessment of lethality of suicide attempted. **Indian Journal of Psychiatry**, Mumbai, v. 56, n. 4, p. 337-43, 2014.

KARASOULI, E.; LATCHFORD, G.; OWENS, D. The impact of chronic illness in suicidality: a qualitative exploration. **Health Psychology and Behavioral Medicine**, London, v. 2, n. 1, p. 899-908, 2014.



KENDLER, K. S. et al. The predictive power of family history measures of alcohol and drug problems and internalizing disorders in a college population. **Neuropsychiatric genetics**, Hoboken, v.168b, n.5, p. 337-46, 2015.

KESSLER, F. H. P. **Desenvolvimento e validação da sexta versão da Addiction Severity Index (ASI6) para o Brasil e outras análises em uma amostra multicêntrica de usuários de drogas**. 320f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

KESSLER, F. et al. Psychometric properties of the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6) in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 24-33, 2012a.

KESSLER, F. et al. Crack users show high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems. **The American journal on addictions**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 270-80, 2012b.

KEYSER-MARCUS, L. et al. Trauma, gender, and mental health symptoms in individuals with substance use disorders. **Journal of interpersonal violence**, Thousand Oaks, v. 30, n. 1, p. 3-24, 2015.

KHEMIRI, L. et al. Suicide Risk Associate with Experience of Violence and Impulsivity in Alcohol Dependent Patients. **Scientific report**, London, v. 6, p. 1-11, 2016.

KLIMKIEWICZ, A. et al. Suicide attempts during heavy drinking episodes among individuals entering alcohol treatment in Warsaw, Poland. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 47, n. 5, p. 571-6, 2012a.

KLIMKIEWICZ, A. et al. The association between insomnia and suicidal thoughts in adults treated for alcohol dependence in Poland. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 122, n. 1-2, p. 160-3, 2012b.

KÖLVES, K. et al. Choice of a suicide method: trends and characteristics. **Psychiatry Research**, Limerick, v. 260, p. 67-74, 2018.

KRAJNIAK, M.; MIRANDA, R.; WHEELER, A. Rumination and pessimistic certainty as mediators of the relation between lifetime suicide attempt history and future suicidal ideation. **Archives of suicide research**, London, v. 17, n. 3, p. 196-211, 2013.



KWON, M. et al. Factors that affect substance users' suicidal behavior: a view from the Addiction Severity Index in Korea. **Annals of general psychiatry**, London, v. 12, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/1744-859X-12-35>>. Acesso em: 11 out. 2019.

LEE, C. T. C. et al. Suicide and other cause mortality among heroin users in Taiwan: A prospective study. **Addictive behaviors**, Oxford, v. 38, n. 10, p. 2619-23, 2013.

LIM, S. W. et al. Clinical and temperamental differences between early and late onset alcoholism in Korean men. **Comprehensive psychiatry**, Philadelphia, v. 49, n. 1, p. 94-7, 2008.

LINDH, A. U. et al. Short-term risk of non-fatal and fatal suicidal behaviours: the predictive validity of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale in a Swedish adult psychiatric population with a recent episode self-harm. **BMC Psychiatry**, London, v. 18, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1883-8>. Acesso em 25 out. 2019.

LIU, R. T. et al. A comparison of delay discounting among substance users with and without suicide attempt history. **Psychology of addictive behaviors**, Washington, v. 26, n. 4, p. 980-5, 2012.

LLOYD, J. J. et al. The relationship between lifetime abuse and suicidal ideation in a sample of injection drug users. **Journal Psychoactive Drugs**, San Francisco, v. 39, n.2, 159-166, 2007.

LÖNNQVIST, J. Physical illnesses and suicide. In: WASSERMAN, D. **Suicide an unnecessary death**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2016, p. 125-131.

LÓPEZ-GOÑI, J. J. et al. Suicidal ideation and attempts in patients who seek treatment for substance use disorder. **Psychiatry Research**, Limerick, v. 269, p. 542-548, 2018.

LOUREIRO, M. C.; ARAUJO, L. M. B. Álcool e comportamento suicida. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, Salvador, v. 22, n. 1, p. 73-85, 2018.

LUCHESE, L. M. Exposição a situações de risco para mortalidade em usuários de álcool e outras drogas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 19, 2017.

MACHADO, D. B.; RASELLA, D.; SANTOS, D. N. Impact of income inequality and other social determinants on suicide rate in Brazil. **PLoS One**, San Francisco, v. 10, n. 4, e0124934, 2015.

MALLON, S. et al. An exploration of integrated data on the social dynamics of suicide among women. **Sociology of health & illness**, Oxford, v.38, n.4, p.662-75, 2016.

MALONEY, E. et al. Suicidal behavior and associated risk factors among opioid-dependent individuals: a case control study. **Addiction**, Oxford, v. 102, n. 12, p. 1933-1941, 2007.

MALONEY, E. et al. Are non-fatal opioid overdoses misclassified suicide attempts? Comparing the associated correlates. **Addictive behaviors**, Oxford, v. 34, n.9, p. 723-729, 2009a.

MALONEY, E. et al. Impulsivity and borderline personality as risk factors for suicide attempts among opioid-dependent individuals. **Psychiatry research**, Limerick, v. 169, n.1, p. 16-21, 2009b.

MALONEY, E. et al. Investigating the co-occurrence of self-mutilation and suicide attempts among opioid-dependent individuals. **Suicide & life-threatening behavior**, New York, v.40, v. 1, p. 50-62, 2010.

MARTINOTTI, G. et al. Mono and polysubstance dependent subjects differ on social factors, childhood trauma, personality, suicidal behavior, and comorbid Axis I diagnoses. **Addictive behaviors**, Oxford, v. 34, n. 9, p. 790-793, 2009.

MARTINS JUNIOR, D. F. et al. Suicide attempts in Brazil, 1998-2014: an ecological study. **BMC Public Health**, London, v.15, n. 990, 2016.

MATSUMOTO, T. et al. Sex differences in risk factors for suicidality among Japanese substance use disorder patients: association with age, types of abuse substances and depression. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, Carlton, v. 66, n. 5, p. 390-6, 2012.

MATTISSON, C. et al. Mortality in alcohol use disorder in the Lundby Community Cohort: a 50 years follow-up. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 118, n. 2-3, p.141-7, 2011.

MCLELLAN, A. T. et al. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the addiction severity index. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Hagerstown, v. 168, n. 1, p. 26-33, 1980.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence based practice in nursing healthcare**: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PloS medicine**, San Francisco, v. 6, n. 7, e1000097, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>. Acesso em 17 fev 2017.

MULLER, S.A.; PEREIRA, G.; ZANON, R.B. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 6-23, 2017.

MUSTANSKI, B; LIU, R. T. A longitudinal study of predictors of suicide attempts among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. **Archives of sexual behavior**, New York, v. 42, p. 437-448, 2013.

NAVARRO-ATIENZAR, F.; ZABALA-BAÑOS, C.; RICARTE-TRIVES, J. J. Childhood Trauma as a risk factor for suicidal behaviour in prisons. **Revista Española de Sanidad Penitenciaria**, Barcelona, v. 21, n. 1, p. 46-55, 2019.

NERY, F. G. Prevalence and clinical correlates of alcohol use disorders among bipolar disorder patients: Results from the Brazilian Bipolar Research Network. **Comprehensive psychiatry**, Philadelphia, v. 55, n. 5, p. 1116-21, 2014.

NIMTZ, M. A. et al. Legal and work-related impacts in the life of chemically dependent individuals. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 68-74, 2016.

NOCK, M. K. et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. **The British journal of psychiatry: the journal of mental science**, London, v. 192, n.2, p. 98-105, 2008.

NOCK, M. K. et al. Risk factors for the transition from suicide ideation to suicide attempt: results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). **Journal of abnormal psychology**, Washington, v. 127, n. 2, p. 139-49, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1037/abn0000317>>. Acesso em: 24 out 2019.

NOLEN-HOEKSEMA, S. Response to depression and their effects on the duration of depressive episodes. **Journal of abnormal psychology**, Washington, v. 100, n. 4, p. 569-82, 1991.

OH, S. H. et al. Factor associated with choice of high lethality methods in suicide attempters: a cross-sectional study. **International journal of mental health systems**, Oxford, v. 43, p.1-5, 2014.

OLFSON, M. et al. Short-term suicide risk after psychiatric hospital discharge. **JAMA Psychiatry**, Chicago, v. 73, n. 11, p.1119-26, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2035>>. Acesso em: 18 out. 2019.

OLFSON, M. et al. National Trends in Suicide Attempts Among Adults in the United States. **JAMA Psychiatry**, Chicago, v. 74, n. 11, p. 1075-1103, 2017.

OLIÉ, E.; TRAVERS, D.; LOPEZ-CASTROMAN, J. Key Features of Suicidal Behavior in Mental Disorders. In: COURTET, P. **Understanding suicide: from diagnosis to personalized treatment**. Switzerland: Springer International Publishing, 2016, p. 199-210.

OLIVEIRA, V. C. et al. Sociodemographic and clinical profile of people assisted in a CAPS AD in the South of Brazil. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 31, n.1, 2017.

OLSSON, M. O. et al. Risk factors for unnatural death: Fatal accidental intoxication, undetermined intent and suicide: Register follow-up in a criminal justice population with substance use problems. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 162, n. 1, p. 176-8, 2016.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Prevención de la conducta suicida**. Washington: OPAS, 2016.

OQUENDO, M. A. et al. Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorder. **Journal Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 71, n. 7, p. 902-909, 2010.

OSGOOD, J. M.; MURAVEN, M. Self-control and alcohol consumption. In: Ridder, D.; ADRIAANSE, M.; FUJITA, K. **Routledge International Handbook of Self-Control in Health and Well-Being**. New York: Routledge, 2018. p.251.

OSTERGAARD, M. L. D.; NORDENTOFT, M.; HJORTHJØJ, C. Associations between substance use disorders and suicide or suicide attempts in people with mental illness: a Danish nation-wide, prospective, register-based study of patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, unipolar depression or personality disorder. **Addiction**, Abingdon, v.112, n. 7, p. 1250-9, 2017.

PAGE, A. et al. Suicide in young adults: psychiatric and socio-economic factors from a case-control study. **BMC Psychiatry**, Londres, v. 14, n. 68, p. 1-9, 2014.

PAGURA, J. et al. Help seeking and perceived need for mental health care among individuals in Canada with suicidal behaviors. **Psychiatric services: a journal of the American Psychiatric Association**, Washington, v. 60, n. 7, p. 943-9, 2009.

PARK, E. H. et al. Past suicidal ideation as an independent risk factor for suicide behaviours in patients with depression. **International journal of psychiatry in clinical practice**, London, v. 21, n. 1, p. 24-8, 2016.

PARK, H. K. et al. Impact of acute alcohol consumption on lethality of suicide methods. **Comprehensive psychiatry**, Philadelphia, v. 75, p. 27-34, 2017.

PINTO, L. L. T. et al. Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 4, p. 203-10, 2017.

POMPILI, M. et al. Suicidal Behavior and Alcohol Abuse. **International journal of environmental research and public health**, Basel, v. 7, n. 4, p. 1392-1431, 2010a.

POMPILI, M. et al. Antidepressants and suicide risk: a comprehensive overview. **Pharmaceuticals**, Basel, v.3, n.9, p.2861-83, 2010b.

POOROLAJAL, J. et al. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. **Journal of Public Health**, Oxford, v.38, n.3, p. 282-291, 2016.

POSNER, K. et al. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's. **American Journal of Psychiatry**, Arlington, v.164, n. 7, p. 1035-1043, 2007a.

POSNER, K. et al. Factors in the assessment of suicidality in youth. **International journal of neuropsychiatric medicine**, New York, v. 12, n. 2, p. 156-62, 2007b.

POSNER, K. et al. The Columbia- Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. **American Psychiatric Association**, Arlington, v. 168, n. 12, p. 1266-77, 2011.

POSNER, K. et al. From uniform definitions to prediction of risk: the Columbia Suicide Severity Rating Scale approach to suicide risk assessment. In: CANNON, K.E.; HUDZIK, T. J. **Suicide: phenomenology and neurobiology**. Switzerland: Springer International Publishing, 2014. p. 59-84.

RACINE, M. Chronic pain and suicide risk: a comprehensive review. **Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry**, Oxford, v. 87, p. 269-80, 2018.

RASIC, A. et al. Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. **Journal of psychiatric research**, Oxford, v. 45, n. 6, p. 848-54, 2011.

RIBEIRO, D. B. et al. Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. e54896, 2016.

RICHARDSON, W. S. et al. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. **ACP journal club**, Philadelphia, v. 132, n. 13, p. 12-3, 1995.

RODRÍGUEZ-CINTAS, L. Factors associated with lifetime suicidal ideation and suicide attempts in outpatients with substance use disorders. **Psychiatry research**, Limerick, v. 262, p. 440-45, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.021>>. Acesso em: 12 out. 2019.

ROGERS, M. L. et al. Comparing suicide risk factor among individuals with a history of aborted, interrupted, and actual suicide attempts. **Archives of suicide research**, London, v. 21, p.1-18, 2018.

ROHLING, B. S. V; CIESCA, D; LIEBL, G. Projeto Vida: integração da vigilância epidemiológica e setor da saúde mental frente às tentativas de suicídio em Fraiburgo, Santa Catarina, 2014-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 3, e2017319, 2018.

ROSA, N. M. et al. Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 3, p. 231-8, 2016.

ROSA, N. M. et al. Mortalidade por suicídio no Estado do Paraná segundo meios utilizados: uma análise epidemiológica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 2, p. 73-82, 2017.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e Saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: Med Book, 2013.

RUENGORN, C. et al. A risk-scoring scheme for suicide attempts among patients with bipolar disorder in a Thai patient cohort. **Psychology research and behavior management**, Auckland, v. 5, p. 37-45, 2012.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SAFA, M. et al. Relationship of coping styles with suicidal behavior in hospitalized asthma and chronic obstructive pulmonary disease patients: substance abusers versus non-substance abusers. **Tanaffos**, Tehran, v.13, n. 3, p. 23-30, 2014.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SARIN, E. et al. Suicidal ideation and HIV risk behaviors among a cohort of injection drug users in New Delhi, India. **Substance abuse treatment, prevention, and policy**, Londres, v. 8, n. 2, p. 1-7, 2013.

SCHÄFER, I. et al. Are experiences of sexual violence related to special needs in patients with substance use disorders? A study in opioid dependent patients.

**Addictive behaviors**, Oxford, v. 39, n. 12, p. 1691-4, 2014.

SILVA, E. R. et al. Drug use impact in drug addicts' physical and mental health. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 101-8, 2016.



SILVA, D. C. et al. Sintomas psiquiátricos e características sociodemográficas associados à tentativa de suicídio de usuários de cocaína e crack em tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 2, p. 89-95, 2017.

SILVEIRA, J. A. B.; FORGIARINI, S. I.; FORGIARINI JUNIOR, A. Força muscular respiratória e periférica, função pulmonar, ansiedade e depressão em dependentes químicos. **Fisioterapia Brasil**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 9-16, 2019.

SILVEIRA, R. P. et al. Compartilhamento do cuidado na atenção psicossocial: percepção de trabalhadores e usuários. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 69-76, 2019.

SINGULANE, B. A. R.; SILVA, N. B.; SARTES, L. M. A. Histórico e fatores associados à criminalidade e violência entre dependentes de crack. **Psico-USF**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 395-407, 2016.

SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 335-45, 2014.

STRAT, Y. L.; LE FOLL, B.; DUBERTRET, C. Major depression and suicide attempts in patient with liver disease in the United States. **Liver international**, Oxford, v. 35, n. 7, p. 1910-16, 2015.

STENAGER, E. et al. Suicide attempts in chronic pain patients: a register-based study. **Scandinavian journal of pain**, Berlin, v. 5, n. 1, p. 4-7, 2014.

SUBLETTE, M. E. et al. Substance use disorder and suicide attempts in bipolar subtypes. **Journal of psychiatric research**, Oxford, v. 43, n. 3, p. 230-238, 2009.

TIET, Q. Q. et al. Suicide attempts among substance use disorder patients: an initial step toward a decision tree for suicide management. **Alcoholism: clinical and experimental research**, Oxford, v. 30, n. 6, p. 998-1005, 2006.

TOLEDO, L.; GÓNGORA, A.; BASTOS, F.I.P.M. À margem: uso do crack, desvio, criminalização e exclusão social – uma revisão narrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 31-42, 2017.

TREVISAN, E. P. T.; SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Tentativa de suicídio de mulheres: dados de um centro de assistência toxicológica do Paraná. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 412-17, 2012.

TURECKI, G.; BRENT, D. A. Suicide and suicidal behavior. **Lancet**, Londres, v. 387, p. 1227-9, 2016.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report 2019**. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, 2019. Disponível em: <<https://wdr.unodc.org/wdr2019/index.html>>. Acesso em: 02 jan. 2020.

VÁSQUEZ, C. A. et al. Riesgo suicida y factores asociados em instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales (Colombia). **Archivos de Medicina**, Caldas, v. 13, n. 1, p. 11-23, 2013.

VIJAYAJUMAR, L. Suicide in women. **Indian Journal of Psychiatry**, Mumbai, v. 57, s.2, p. 233-8, 2015. Disponível em: <<http://www.indianjpsychiatry.org/text.asp?2015/57/6/233/161484>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

VINOD, K. Y. et al. Selective alterations of the CB1 receptors and the fatty acid amide hydrolase in the ventral striatum of alcoholics and suicides. **Journal of psychiatric research**, Oxford, v. 44, n. 9, p. 591-7, 2010.

WANG, J. et al. The mediating effects of depressive symptoms and sleep quality on the relationship between the non-medical use of prescription drugs and suicidal behaviors among Chinese adolescents. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 178, p. 20-7, 2017.

WIKTORSSOM, S. et al. Assessing the role of physical illness in young old and older old suicide attempters. **International journal of geriatric psychiatry**, Chichester, v. 31, n. 7, p. 771-4, 2016.

WOJNAR, M. et al. Impulsive suicide attempts predict post-treatment relapse in alcohol-dependent patients. **Drug and alcohol dependence**, Limerick, v. 97, n. 3, p. 268-275, 2008.

WOJNAR, M. et al. Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence. **Journal of affective disorders**, Amsterdam, v. 115, n. 1, p. 131-139, 2009.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a imperative global**. Geneva: WHO, 2014.

\_\_\_\_\_. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2017: monitoring health for the SDGs**. Geneva: WHO, 2017.

WRZOSEK, M. et al. Association of polymorphisms in HTR2A, HTR1 and TPH2 genes with suicide attempts in alcohol dependence: a preliminary report. **Psychiatry research**, Limerick, v. 190, n. 1, p. 149-51, 2011.

YERSHOVA, K. Asking about Suicide as Suicide Prevention: The Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). In: COURTET, P. **Understanding suicide: from diagnosis to personalized treatment**. Switzerland: Springer International Publishing, 2016, p. 29-41.

YUODELIS-FLORES, C.; RIES, R. K. Addiction and Suicide: a review. **The American Journal on Addictions**, Washington, v. 24, n. 2, p. 98-104, 2015.

ZANARDO, G. L. P. et al. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 460-74, 2017.

ZHANG, Y.; CONNER, K. R.; PHILLIPS, M. R. Alcohol use disorders and acute alcohol use preceding suicide in China. **Addictive behaviors**, Oxford, v. 35, n. 2, p. 152-6, 2010.

ZHANG, Y.; CONNER, K. R.; PHILLIPS, M. R. Case-control study in China of risk factor for suicide in men with alcohol use disorders. **Journal of studies on alcohol and drugs**, Piscataway, v. 73, n. 1, p. 15-20, 2012.

## APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS ESTUDOS DA REVISÃO INTEGRATIVA



Universidade Federal do Paraná  
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Projeto “Adesão ao tratamento pela pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas”

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS ESTUDOS DA REVISÃO INTEGRATIVA

#### BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

1.1 Número de identificação do artigo: \_\_\_\_ \_

1.2 Banco de Dados: ( ) CINAHL ( ) LILACS ( ) MEDLINE

1.3 Título do artigo:

\_\_\_\_\_

1.4 Idioma: ( ) Espanhol ( ) Inglês ( ) Português

1.5 Ano de Publicação: \_\_\_\_\_

1.6 Nome do periódico: \_\_\_\_\_

1.7 Área de assunto do periódico: \_\_\_\_\_

1.8 Número de autores: \_\_\_\_\_

1.9 Departamento de vinculação do primeiro

autor: \_\_\_\_\_

#### BLOCO 2 – INFORMAÇÕES RELACIONADOS ESPECIFICAMENTE À IDEIAÇÃO E/OU A COMPORTAMENTOS SUICIDAS EM PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS

2.1 Avaliação de ideação e/ou de comportamentos suicidas.

- ( ) Ideação Suicida
- ( ) Tentativa de Suicídio
- ( ) Suicídio

2.2 Período de avaliação da ideação e/ou dos comportamentos suicidas.

- ( ) 1 mês
- ( ) 6 meses
- ( ) 12 meses
- ( ) Durante a vida
- ( ) Outro período \_\_\_\_\_

2.3 Instrumento utilizado para avaliar ideação e/ou comportamentos suicidas.

\_\_\_\_\_

2.4 Tipo de substância referente aos transtornos relacionados a substâncias.

- (    ) Transtornos relacionados ao uso de substâncias (GERAL)  
 (    ) Transtornos relacionados ao álcool  
 (    ) Transtornos relacionados a múltiplas drogas  
 (    ) Transtornos relacionados a cocaína  
 (    ) Transtornos relacionados a heroína  
 (    ) Outros \_\_\_\_\_

2.5 Fatores associados a ideação e/ou comportamento suicida em pessoas com transtornos relacionados a substâncias.

---



---




---

### **BLOCO 3 – INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O ARTIGO**

3.1 Objetivo do estudo	
3.2 Metodologia do estudo	
3.3 Resultados	
3.4 Conclusão	
3.5 Nível de evidência científica	<p>(    ) nível 1 – metanálises ou revisões sistemáticas de estudos clínicos randomizados ou de <i>guidelines</i> de prática baseada em evidências;          (    ) nível 2 – ensaios clínicos randomizados e bem delimitado;          (    ) nível 3 – ensaio clínico controlado bem concebidos sem randomização;          (    ) nível 4 – caso-controle e coorte;          (    ) nível 5 – revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos;          (    ) nível 6 – estudo descritivo ou qualitativo;          (    ) nível 7 – opinião de autoridades e/ou de comitê de especialistas.</p>

**APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO PRÓPRIO PARA COLETA DE DADOS  
ADICIONAIS SOBRE AS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A  
SUBSTÂNCIAS**

 Universidade Federal do Paraná Programa de Pós-graduação em Enfermagem	
<p><b>Pesquisa:</b> “Tentativa de suicídio por pessoas com transtornos relacionados a substâncias em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas”</p> <p align="center"><b>INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS</b></p>	
<p align="center"><b>BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA</b></p>	
Número da entrevista: ____ / ____ / ____ Entrevistador: _____ Data da entrevista: ____ / ____ / ____ CAPS AD: (1) CAPS A (2) CAPS B (3) CAPS C Nome do Entrevistado: _____	ide: ____ ent: ____ dte: ____ ____ / ____ / ____ cap: ____
<p align="center"><b>BLOCO 2 – INFORMAÇÕES SOBRE TENTATIVA DE SUICÍDIO</b></p>	
<p align="center"><b>IMPORTANTE! AS QUESTÕES DO BLOCO 2 SÓ DEVEM SER APLICADAS AOS PARTICIPANTES QUE MENCIONARAM TENTATIVA DE SUICÍDIO PRÉVIA NO INSTRUMENTO C-SSRS</b></p>	
<p><b>1. Qual (is) o(s) método(s) que você utilizou(s) na(s) tentativa(s) de suicídio?</b> (Possível marcar mais de uma opção de resposta)</p> <p>(1) Autointoxicação por medicamentos</p> <p>(2) Autointoxicação por Drogas ilícitas</p> <p>(3) Autointoxicação por gases e vapores</p> <p>(4) Autointoxicação por pesticidas</p> <p>(5) Lesão por enforcamento, estrangulamento e sufocação</p> <p>(6) Lesão por afogamento e submersão</p> <p>(7) Lesão por disparo de arma de fogo</p> <p>(8) Lesão por dispositivos explosivos</p> <p>(9) Lesão pela fumaça, pelo fogo e por chamas</p> <p>(10) Lesão por vapor de água, gases ou objetos quentes</p> <p>(11) Lesão por objeto cortante ou penetrante</p> <p>(12) Lesão por objeto contundente</p> <p>(13) Lesão por precipitação de um lugar elevado</p>	met: ____ met1: ____ met2: ____ met3: ____ met4: ____ met5: ____ met6: ____ met7: ____ met8: ____ met9: ____ met10: ____

(14) Lesão por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento (15) Lesão por impacto de um veículo a motor (16) Outros métodos. Especificar: _____	
<b>2. No momento da tentativa de suicídio mais grave (letal), você estava sob efeito de álcool e/ou de outras drogas? SE A RESPOSTA FOR 'NÃO', PASSE PARA A PERGUNTA 4.</b>  ( 1 ) Sim                      ( 2 ) Não	spa: ____
<b>3. Se sim, quais substâncias?</b> (Possível marcar mais de uma opção de resposta)  ( 1 ) Álcool    ( 2 ) Cocaína/crack    ( 3 ) Maconha ( 4 ) Sedativos    ( 5 ) Outros: _____	spt: ____ spt1: ____ spt2: ____ spt3: ____
<b>4. A tentativa de suicídio mais grave (letal) foi planejada?</b>  ( 1 ) Sim                      ( 2 ) Não	tsp: ____
<b>5. Nos 30 dias que antecederam a sua tentativa de suicídio mais grave (letal), você buscou atendimento ou estava recebendo tratamento em um serviço de saúde?</b>  ( 1 ) Sim                      ( 2 ) Não	ate: ____
<b>6. Qual a idade que você tinha quando tentou suicídio pela primeira vez?_____</b>	ipt: ____
<b>BLOCO 3 – INFORMAÇÕES GERAIS</b>	
<b>7. Alguém da sua família tem problemas com álcool ou outras drogas?</b>  ( 1 ) Sim                      ( 2 ) Não	hfd: ____
<b>8. Alguém da sua família tem algum transtorno mental?</b>  ( 1 ) Sim                      ( 2 ) Não	hft: ____
<b>9. Alguém da sua família já tentou suicídio</b>  ( 1 ) Sim                      ( 2 ) Não	fts: ____



<b>10. Alguém da sua família já morreu por suicídio?</b>		fms: ____
( 1 ) Sim                      ( 2 ) Não		
<b>BLOCO 4 – INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO</b>		
<b>11. Medicações prescritas:</b>		mpr: ____
<hr/> <hr/> <hr/>		
<b>12. Diagnóstico de transtornos relacionados a substâncias.</b>		trs: ____
(1) F10 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (2) F11 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos (3) F12 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides (4) F13 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos (5) F14 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína (6) F15 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína (7) F16 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos (8) F17 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo (9) F18 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis (10) F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas		
<b>13. Comorbidade mental?</b>		cps: ____
( 1 ) Sim                      ( 2 ) Não		

<b>14. Se sim, qual(is) diagnóstico(s) psiquiátrico(s)?</b>	dtm:____
_____	dtm1:____
_____	dtm2:____
_____	dtm3:____

### APÊNDICE 3 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES DO ESTUDO

VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO		
Nome da variável	Definição da variável	Tipo da variável
Sexo <sup>1</sup>	Sexo do participante.	Nominal
Idade <sup>1</sup>	Idade do participante.	Discreta
Raça <sup>1</sup>	Raça do participante.	Nominal
Situação conjugal <sup>1</sup>	Situação conjugal do participante.	Nominal
Escolaridade <sup>1</sup>	Grau máximo de estudo do participante.	Ordinal
Situação empregatícia <sup>1</sup>	Principal situação empregatícia do participante.	Nominal
Tempo de duração do trabalho mais longo <sup>1</sup>	Tempo de duração do trabalho integral mais longo do participante.	Discreta
Renda bruta nos últimos seis meses <sup>1</sup>	Renda bruta do participante nos últimos seis meses.	Contínua
Dependência financeira de familiares e/ou amigos <sup>1</sup>	Dependência financeira para sustento de familiares e/ou de amigos.	Nominal (sim/não)
Renda suficiente para necessidades básicas <sup>1</sup>	Participante possui renda suficiente para pagar necessidades como moradia, comida e roupas para si e para os dependentes.	Nominal (sim/não)
Número de dependentes para o sustento financeiro <sup>1</sup>	Número de pessoas que dependem do participante para o sustento financeiro regular. Exclusão do próprio participante.	Discreta
Histórico de situação de rua <sup>1</sup>	Participante alguma vez ficou em abrigo para moradores de rua ou na rua porque não tinha outro lugar para ficar.	Nominal (sim/não)
Número de filhos <sup>1</sup>	Número de filhos biológicos e adotivos do participante.	Discreta
Investigação ou supervisão do Conselho Tutelar <sup>1</sup>	Alguma vez o participante foi investigado ou esteve sob supervisão do conselho tutelar ou outro programa de proteção à criança.	Nominal (sim/não)
Apoio da família <sup>1</sup>	No último mês, quando o participante precisou de ajuda, pôde contar com a família	Nominal (sim/não)
Relacionamento amoroso no último mês <sup>1</sup>	Participante teve algum relacionamento amoroso ou sexual com um parceiro durante o último mês.	Nominal (sim/não)
Apoio do parceiro <sup>1</sup>	No último mês, quando o participante precisou de ajuda, pôde contar com o parceiro íntimo.	Nominal (sim/não)

<sup>1</sup>Variáveis retiradas dos questionamentos do instrumento construídos pelos autores

Número de amigos íntimos <sup>1</sup>	Quantos amigos íntimos/verdadeiros o participante possui.	Discreta
Apoio de amigos íntimos <sup>1</sup>	No último mês, quando o participante precisou de ajuda, pôde contar com os amigos	Nominal (sim/não)
Importância de relacionamento interpessoal <sup>1</sup>	É importante para o participante ter relacionamentos próximo com as pessoas.	Ordinal
Preocupação com os problemas de relacionamento interpessoal <sup>1</sup>	Quão preocupado o participante tem estado, no último mês, com quaisquer problemas com os relacionamentos com adultos.	Ordinal
Participação em atividades religiosas <sup>1</sup>	Participante foi à missa/serviços ou atividades religiosas organizadas pela igreja no último mês.	Nominal (sim/não)
Participação em atividades voluntárias <sup>1</sup>	Participante realizou trabalhos voluntários no último mês.	Nominal (sim/não)
Histórico prisional e/ou de detenção <sup>1</sup>	Participante já foi preso ou detido alguma vez durante a vida.	Nominal (sim/não)
Idade em que foi preso <sup>1</sup>	Idade em que o participante foi preso pela primeira vez.	Discreta
Venda ou fabricação de drogas nos últimos seis meses <sup>1</sup>	Participante vendeu ou fabricou drogas nos últimos seis meses.	Nominal (sim/não)
Roubou alguém nos últimos seis meses <sup>1</sup>	Participante roubou alguém nos últimos seis meses.	Nominal (sim/não)
<b>VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PERFIL CLÍNICO</b>		
<b>Nome da variável</b>	<b>Definição da variável</b>	<b>Tipo da variável</b>
Hipertensão <sup>1</sup>	Alguma vez, algum profissional da saúde mencionou ao participante que ele tinha hipertensão.	Nominal (sim/não)
Diabetes <sup>1</sup>	Alguma vez, algum profissional da saúde mencionou ao participante que ele tinha diabetes.	Nominal (sim/não)
Acidente vascular cerebral <sup>1</sup>	Alguma vez, algum profissional da saúde mencionou ao participante que ele tinha acidente vascular cerebral.	Nominal (sim/não)
Convulsão <sup>1</sup>	Alguma vez, algum profissional da saúde mencionou ao participante que ele tinha convulsão.	Nominal (sim/não)
Hepatite <sup>1</sup>	Alguma vez, algum profissional da saúde mencionou ao participante que ele tinha hepatite.	Nominal (sim/não)
Condição hepática crônica <sup>1</sup>	Alguma vez, algum profissional da saúde mencionou ao participante que ele tinha cirrose ou doença crônica hepática.	Nominal (sim/não)
Condição renal crônica <sup>1</sup>	Alguma vez, algum profissional da saúde mencionou ao participante que ele tinha problemas renais.	Nominal (sim/não)

Condição respiratória crônica <sup>1</sup>	Alguma vez, algum profissional da saúde mencionou ao participante que ele tinha problemas respiratórios crônicos.	Nominal (sim/não)
Dor no último mês <sup>1</sup>	Quanto desconforto ou dor física o participante experimentou no último mês.	Ordinal
Dias de problemas relacionados a saúde física no último mês <sup>1</sup>	Número de dias em que o participante apresentou problemas físicos ou clínicos no último mês.	Discreta
Como considera a saúde física <sup>1</sup>	Como o participante considera sua saúde física no último mês.	Ordinal
Idade de experimentação de álcool <sup>1</sup>	Idade do participante quando bebeu e sentiu pela primeira vez os efeitos do álcool.	Discreta
Anos de uso ativo de álcool <sup>1</sup>	Quantos anos na vida o participante bebeu pelo menos (cinco para homens e quatro para mulheres) drinques por dia regularmente, três ou mais dias da semana?	Discreta
Frequência de consumo de álcool nos últimos seis meses <sup>1</sup>	Nos últimos seis meses, durante o mês em que o participante mais bebeu, com que frequência ele bebia.	Ordinal
Frequência de consumo de álcool no último mês <sup>1</sup>	No último mês, quantidade de dias em que o participante bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica.	Discreta
Fissura por álcool no último mês <sup>1</sup>	Participante foi incomodado por fissura ou desejo intenso de beber álcool no último mês.	Nominal (sim/não)
Problemas decorrentes do uso de álcool no último mês <sup>1</sup>	Por causa do beber, o participante apresentou, no último mês, problemas médicos ou psicológicos, ou teve problemas no emprego ou em casa, teve discussões ou teve problemas com a lei.	Nominal (sim/não)
Sintomas de abstinência do álcool no último mês <sup>1</sup>	Participante teve sintoma de abstinência logo após ter diminuído ou parado de beber no último mês.	Nominal (sim/não)
Dificuldade de controlar consumo de álcool no último mês <sup>1</sup>	Participante teve alguma dificuldade em controlar, diminuir ou parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo no último mês.	Nominal (sim/não)
Importância da abstinência do álcool <sup>1</sup>	Quão importante é para o participante, no último mês, o tratamento para o seu uso de álcool.	Ordinal
Idade de experimentação de derivados de cocaína <sup>1</sup>	Idade que o participante tinha quando experimentou derivados de cocaína.	Discreta

Anos de uso ativo de derivados de cocaína <sup>1</sup>	Durante quantos anos o participante usou derivados de cocaína três ou mais dias por semana.	Discreta
Uso de derivados de cocaína no último mês <sup>1</sup>	Número de dias em que o participante utilizou derivados de cocaína no último mês.	Discreta
Idade de experimentação de maconha <sup>1</sup>	Idade que o participante tinha quando experimentou maconha.	Discreta
Anos de uso ativo de maconha <sup>1</sup>	Durante quantos anos o participante usou maconha três ou mais dias por semana.	Discreta
Uso de maconha no último mês <sup>1</sup>	Número de dias em que o participante utilizou maconha no último mês.	Discreta
Anos de uso ativo de substâncias ilícitas <sup>1</sup>	Durante quantos anos o participante usou qualquer tipo de droga ilegal ou abusou de qualquer medicação prescrita por pelo menos três ou mais dias por semana.	Discreta
Frequência de uso de substâncias ilícitas nos últimos seis meses <sup>1</sup>	Nos últimos seis meses, durante o mês que o participante mais utilizou substâncias ilícitas, com que frequência ele utilizou qualquer substância	Ordinal
Frequência de uso de substâncias ilícitas no último mês <sup>1</sup>	Durante quantos dias o participante utilizou, no último mês, qualquer tipo de substâncias ilícitas	Discreta
Sintomas de abstinência de substâncias ilícitas <sup>1</sup>	Participante teve sintoma de abstinência logo após ter diminuído ou parado de utilizar qualquer substância ilícita no último mês.	Nominal (sim/não)
Dificuldade em controlar o uso de substâncias ilícitas <sup>1</sup>	Participante teve alguma dificuldade em controlar, diminuir ou parar com as drogas ou passou grande parte do seu dia sob efeito, se recuperando, usando ou tentando obter substâncias no último mês.	Nominal (sim/não)
Problemas decorrentes do uso de substâncias ilícitas <sup>1</sup>	Por causa do uso de substâncias ilícitas, o participante apresentou, no último mês, algum problema médico ou psicológico, ou teve problemas no trabalho ou em casa, entrou discussões, ou teve problemas com a lei.	Nominal (sim/não)
Importância da abstinência de substâncias ilícitas <sup>1</sup>	Quão importante foi para o participante, no último mês, alcançar/manter abstinência total das substâncias ilícitas.	Ordinal

Diagnósticos de transtornos relacionados a substâncias <sup>2</sup>	Registro de diagnóstico de transtornos relacionados a substâncias em prontuário.	Nominal
Número de tentativas de suicídio <sup>3</sup>	Número de vezes em que o participante tentou efetivamente contra a própria vida	Discreta
Método utilizado para a tentativa de suicídio <sup>3</sup>	Qual(is) método(s) que o participante utilizou para tentar contra a própria vida	Nominal
Idade da primeira tentativa de suicídio <sup>3</sup>	Idade do participante quando tentou o suicídio pela primeira vez	Discreta
Planejamento da tentativa de suicídio <sup>3</sup>	Participante planejou a tentativa de suicídio mais letal	Nominal (sim/não)
Estava sob efeito de substâncias na tentativa de suicídio <sup>3</sup>	Participante confirma estar sob efeito de substâncias no momento da tentativa de suicídio	Nominal (sim/não)
Acesso a serviço de saúde no mês que antecedeu <sup>3</sup>	O participante confirma ter acessado algum serviço de saúde no mês que antecedeu a tentativa de suicídio	Nominal (sim/não)
Letalidade efetiva da tentativa <sup>3</sup>	Participante confirma ter pensamentos sobre desejo de estar morto ou de não mais viver ou desejar dormir e nunca mais acordar alguma vez na vida	Nominal
Letalidade potencial da tentativa <sup>3</sup>	Tipo de letalidade provável da tentativa efetiva quando a tentativa não ocasionou danos ou ocasionou danos muito leves	Nominal
Desejo de estar morto <sup>4</sup>	Participante confirma ter pensamentos sobre desejo de estar morto ou de não mais viver ou desejar dormir e nunca mais acordar alguma vez na vida.	Nominal (sim/não)
Pensamentos suicidas ativos não específicos <sup>4</sup>	Participante confirma pensamentos suicidas não específicos de querer colocar fim à vida/cometer suicídio sem ideia sobre como se matar/métodos associados, intenções ou planos alguma vez durante a vida.	Nominal (sim/não)
Pensamentos suicidas ativos com método e sem intenção de agir <sup>4</sup>	Participante confirma pensamentos de suicídio e já pensou em pelo menos um método alguma vez durante a vida, sem elaboração de planejamento.	Nominal (sim/não)
Pensamentos suicidas ativos com alguma intenção sem plano específico <sup>4</sup>	Participante confirma pensamentos suicidas ativos de se matar e relata que teve alguma intenção de colocar	Nominal (sim/não)

<sup>2</sup>Variáveis extraídas das consultas ao prontuário do participante

<sup>3</sup>Variáveis extraídas dos questionamentos do *Columbia Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS)



	esses pensamentos em prática alguma vez durante a vida.	
Pensamentos suicidas ativos com plano específico e com intenção <sup>4</sup>	Participante confirma pensamentos suicidas sobre se matar com detalhamento de plano, totalmente ou parcialmente elaborados e teve intenção de colocar em prática alguma vez durante a vida.	Nominal (sim/não)
Frequência da ideação suicida <sup>4</sup>	Quantas vezes o participante teve pensamentos de suicídio, considerando o tipo de ideação mais intensa.	Nominal
Duração da ideação suicida <sup>4</sup>	Quando o participante apresentou pensamentos de morte, quanto tempo eles duraram, considerando o tipo de ideação mais intensa.	Nominal
Controle da ideação suicida <sup>4</sup>	Quando o participante apresentou pensamentos de morte, conseguiu parar de pensar em se matar e de querer morrer se quisesse, considerando o tipo de ideação mais intensa.	Nominal
Razões para ideação suicida <sup>4</sup>	Quando o participante apresentou pensamentos de morte, que tipo de razões teve para querer morrer ou se matar, considerando o tipo de ideação mais intenso.	Nominal
Intensidade da ideação suicida <sup>4</sup>	Grau da intensidade da ideação suicida do participante que varia entre dois e 25 pontos.	Discreta
Comportamentos preparatórios <sup>4</sup>	Participante com histórico de comportamentos preparatórios alguma vez durante a vida.	Nominal (sim/não)
Tentativa de suicídio interrompida <sup>4</sup>	Participante com histórico de tentativa de suicídio interrompida alguma vez durante a vida.	Nominal (sim/não)
Tentativa de suicídio abortada <sup>4</sup>	Participante com histórico de tentativa de suicídio abortada alguma vez durante a vida.	Nominal (sim/não)
Histórico familiar de tentativa de suicídio <sup>3</sup>	Participante com histórico familiar de tentativa de suicídio ou suicídio.	Nominal (sim/não)
Histórico familiar de suicídio <sup>3</sup>	Participante com amigos com histórico de tentativa de suicídio ou suicídio.	Nominal (sim/não)
Comorbidade mental <sup>2</sup>	Registro de diagnóstico de transtorno mental em prontuário.	Nominal (sim/não)
Esquizofrenia <sup>2</sup>	Registro de diagnóstico de esquizofrenia em prontuário.	Nominal (sim/não)
Transtornos de humor <sup>2</sup>	Registro de diagnóstico de transtornos de humor em prontuário.	Nominal (sim/não)

Transtornos de personalidade <sup>2</sup>	Registro de diagnóstico de transtornos de personalidade em prontuário.	Nominal (sim/não)
Alucinações na vida <sup>1</sup>	Participante teve alucinações alguma vez na vida.	Nominal (sim/não)
Sentimentos depressivos na vida <sup>1</sup>	Participante com sentimentos depressivos e de estar para baixo quase todos os dias por pelo menos duas semanas seguidas durante a sua vida.	Nominal (sim/não)
Dificuldade de concentração na vida <sup>1</sup>	Participante com dificuldade para pensar, se concentrar, compreender ou lembrar informações a ponto de isso lhe causar problemas durante a vida	Nominal (sim/não)
Dificuldade em dormir no último mês <sup>1</sup>	Participante apresenta dificuldades para dormir, manter o sono ou acordar muito cedo no último mês.	Nominal (sim/não)
Impulsividade <sup>1</sup>	Participante apresentou alguma vez na vida dificuldade para controlar seu temperamento ou seus impulsos de bater ou ferir alguém.	Nominal (sim/não)
Comportamento agressivo <sup>1</sup>	Participante alguma vez na vida empurrou, bateu, atirou coisas ou usou armas contra alguém.	Nominal (sim/não)
Comportamento autolesivo <sup>4</sup>	Participante apresentou algum comportamento autolesivo sem intenção de morte durante a vida.	Nominal (sim/não)
Incapacidade por problemas de saúde mental <sup>1</sup>	No último mês, quantos dias o participante esteve incapacitado para exercer atividades normais por causa dos problemas de saúde mental.	Nominal (sim/não)
Histórico familiar de transtorno mental <sup>3</sup>	Algum familiar apresenta ou apresentou algum diagnóstico de transtorno mental.	Nominal (sim/não)
Vítima de agressão física <sup>1</sup>	Alguma vez na vida o participante foi fisicamente agredido por alguém que conhecia.	Nominal (sim/não)
Vítima de agressão sexual <sup>1</sup>	Alguma vez na vida o participante foi sexualmente agredido por alguém.	Nominal (sim/não)
Vítima de algum crime violento <sup>1</sup>	Alguma vez na vida o participante foi vítima de crime violento, excetuando agressão perpetrada por pessoas conhecidas.	Nominal (sim/não)
Presenciar situação de risco de vida <sup>1</sup>	Alguma vez na vida o participante presenciou alguma situação de risco de vida, tais como: desastres, acidentes graves, incêndio e guerra.	Nominal (sim/não)
Presenciar situações de risco de violência grave <sup>1</sup>	Participante já esteve em situação em que viu alguém sendo morto,	Nominal (sim/não)

	espancado/agredido ou muito ferido. Exclusão de situação de desastres/acidentes graves ou incêndio e guerra.	
Preocupação com vivência de eventos estressores <sup>1</sup>	No último mês, quão preocupado ou incomodado o participante esteve com sentimentos, pensamentos e outras reações relacionadas a eventos traumáticos.	Ordinal
Gravidade na área de uso de outras drogas <sup>1</sup>	Escore da gravidade do transtorno relacionado a substâncias na área de uso de outras drogas.	Contínua
Gravidade dos problemas na área de uso de álcool <sup>1</sup>	Escore da gravidade do transtorno relacionado a substâncias na área de uso de álcool.	Contínua
Gravidade dos problemas na área psicológica/saúde mental <sup>1</sup>	Escore da gravidade do transtorno relacionado a substâncias na área psiquiátrica.	Contínua
Gravidade na área médica/saúde física <sup>1</sup>	Escore da gravidade do transtorno relacionado a substâncias na área clínica/saúde física.	Contínua
Gravidade dos problemas na área legal <sup>1</sup>	Escore da gravidade do transtorno relacionado a substâncias na área de aspectos legais.	Contínua
Gravidade na área emprego/sustento <sup>1</sup>	Escore da gravidade do transtorno relacionado a substâncias na área ocupacional.	Contínua
Gravidade na área família/criança <sup>1</sup>	Escore da gravidade do transtorno relacionado a substâncias na área familiar relacionado a filhos.	Contínua
Gravidade na área família/suporte social <sup>1</sup>	Escore da gravidade do transtorno relacionado a substâncias na área de apoio social.	Contínua
Gravidade na área família/problema social <sup>1</sup>	Escore da gravidade do transtorno relacionado a substâncias na área de problemas sociais.	Contínua
<b>VARIÁVEIS RELACIONADAS AO PERFIL TERAPÊUTICO</b>		
<b>Nome da variável</b>	<b>Definição da variável</b>	<b>Tipo da variável</b>
Histórico de internação psiquiátrica <sup>1</sup>	Participante foi internado em hospital psiquiátrico por problemas/psicológicos na vida.	Nominal (sim/não)
Idade de início de acompanhamento psicológico/saúde mental <sup>1</sup>	Idade em que o participante iniciou o acompanhamento psicológico e/ou de saúde mental.	Discreta
Importância do tratamento para problemas de saúde mental <sup>1</sup>	Quão importante é para o participante o tratamento (atual ou adicional) para problemas psicológicos/saúde mental.	Ordinal

Idade de início de tratamento por uso de substâncias <sup>1</sup>	Idade que o participante tinha quando entrou pela primeira vez em um tratamento para álcool e/ou drogas.	Discreta
Dias de participação de grupos de ajuda mútua <sup>1</sup>	Quantos dias o participante foi à reunião de ajuda mútua no último mês.	Discreta
Prescrição medicamentosa para transtornos relacionados a substâncias <sup>2</sup>	Prescrição de medicamentos para transtornos relacionados a substâncias em prontuário.	Nominal (sim/não)
Ansiolíticos <sup>2</sup>	Presença de prescrição de ansiolíticos para transtornos relacionados a substâncias em prontuário.	Nominal (sim/não)
Antidepressivos <sup>2</sup>	Prescrição de antidepressivos registrada em prontuário.	Nominal (sim/não)
Estabilizadores de humor <sup>2</sup>	Prescrição de estabilizadores de humor em prontuário.	Nominal (sim/não)
Antipsicóticos <sup>2</sup>	Prescrição de antipsicóticos registrada em prontuário.	Nominal (sim/não)
Número de medicamentos <sup>2</sup>	Número de medicamentos prescritos em prontuário para tratamento de transtornos relacionados a substâncias.	Nominal
Adesão a terapêutica medicamentosa <sup>4</sup>	Participante adere ou não adere a terapêutica medicamento no tratamento de transtornos relacionados a substâncias.	Nominal (aderente/não aderente)

<sup>4</sup> Variáveis extraídas do Instrumento Medida de Adesão aos Tratamentos

## APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas - Estudo Quantitativo

Nós, Mariluci Alves Maftum - pesquisadora da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Aline Cristina Zerwes Ferreira e Fernanda Carolina Capistrano – alunas de pós-graduação da UFPR, estamos convidando você a participar de um estudo intitulado “Adesão ao tratamento pela pessoa com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa”, o qual se justifica pela necessidade de prestar cuidado de enfermagem que vá ao encontro das necessidades dessa clientela.

- a) Os objetivos desta pesquisa são: Verificar a adesão da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas à terapêutica medicamentosa; verificar o risco de suicídio em pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas; e associar variáveis do perfil sociodemográfico, clínico e terapêutico com os desfechos: adesão à terapêutica medicamentosa e o risco de suicídio.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a algumas perguntas dirigidas a você, o que levará aproximadamente 40 minutos.
- c) Para tanto você deverá comparecer ao CAPS AD para o atendimento de saúde conforme já é estabelecido em sua agenda de tratamento.
- d) É possível que o experimente algum desconforto, principalmente relacionado a recordar as situações que você viveu;
- e) A sua participação na pesquisa implica no risco de relembrar e/ou verbalizar situações vivenciadas por você de maneira desagradável. Entretanto, todas as medidas relacionadas à sua privacidade e conforto, bem como os esclarecimentos pertinentes serão garantidos.
- f) Os benefícios esperados com essa pesquisa estão relacionados a contribuir com a manutenção do estado de saúde das pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e melhorar a adesão ao tratamento, embora nem sempre você seja diretamente beneficiado por sua participação neste estudo.
- g) Os pesquisadores Mariluci Alves Maftum, Aline Cristina Zerwes Ferreira e Fernanda Carolina Capistrano, responsáveis por este estudo poderão ser localizados no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFPR. Av. Pref. Lothario Meissner, 632. 3º andar. Curitiba/PR, pelo telefone (41) 3361-3756 e (41)99848-0806, de segunda a sexta-feira em horário comercial e pelo e-mail: [maftum@ufpr.br](mailto:maftum@ufpr.br) ou [alinezerwes@gmail.com](mailto:alinezerwes@gmail.com), para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. O seu tratamento está garantido e não será interrompido caso você desista de participar.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB nº 2033006  
na data de 26/04/2017. *AB*

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal - \_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE - \_\_\_\_\_  
Orientador - \_\_\_\_\_

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br) – telefone (041) 3360-7259



i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (pesquisador responsável e pesquisadores colaboradores da pesquisa). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

j) O material obtido – questionário e dados do prontuário - será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado – os materiais físicos serão destruídos por máquina de cortar o papel e os arquivos digitais serão excluídos permanentemente dentro de cinco anos.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Caso você apresente algum risco para suicídio será encaminhado para atendimento com técnico de referência no CAPS AD.

n) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivos do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim e sem que esta decisão afete meu tratamento no CAPS AD. Eu concordo em participar voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Setor de Ciências da  
Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB.nº 2633006  
na data de 26/04/2012 QV

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua  
Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br –  
telefone (041) 3360-7259

## ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO COLUMBIA SUICIDE SEVERITY RATING SCALE (C-SSRS)



Aline  
Zerwes<alinezerwes@gmail.com>

---

### C-SSRS

1 mensagem

---

**KellyPosner**<POSNERK@nyspi.columbia.edu>24deoutubrode201614:48

Para: "alinezerwes@gmail.com"<alinezerwes@gmail.com>

Cc: Kelly Posner

<POSNERK@nyspi.columbia.e

du> Dear Cristina,

We are happy to assist you with using the scale in any way you need. Scales and training are free for your research, available in many languages and easily scalable to your individual or system needs. We currently have training videos with subtitles available in many languages that can be accessed on our YouTube channel or downloaded from our Dropbox. There are multiple ways to get training (training campus website, video download, DVD) and the attached document details all of these methods. You may add these training materials to your internal network or current training system.

We are also attaching word documents of the scales so you can add your logo, patient/client/student/subject information, etc. Also below you will find additional information on the development and use of the scale and a link to download copies of the scale. If you require foreign language translations or other versions of the scales (pediatric, etc.) please let us know.

If you have any additional questions or would like to discuss this further, please do not hesitate to contact Dr. Posner at 646-286-7439 (mobile) or 646-774-5789 (office).

You can also sign up here to receive occasional updates about the Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) and the work of the Center for Suicide Risk Assessment.

Thank you,

## ANEXO 2 – INSTRUMENTO ADDICTION SEVERITY INDEX 6

ASI6

### Escala de Gravidade de Dependência

The Addiction Severity Index  
(ASI)

Versão 6

#### Observação:

Este instrumento encontra-se em fase de validação para a cultura brasileira. Seus direitos autorais pertencem à Universidade da Pensilvânia, e suas informações não podem ser divulgadas ou distribuídas sem o prévio consentimento dos autores. O Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) é o responsável pela utilização desta versão em português, que ainda se encontra em fase de testes. Quaisquer informações sobre o instrumento no Brasil podem ser obtidas pelos seguintes contatos:

Dr. Felix Kessler:

[kessler.ez@terra.com.br](mailto:kessler.ez@terra.com.br)

Dr. Flavio Pechansky:

[fpechans@uol.com.br](mailto:fpechans@uol.com.br)

#### Resumo dos Escores de Gravidade do ASI

Sub-escalas	Ques- tão	Grau de Preocupação	Ques- tão	Necessidade de Tratamento
Médica	M23	0 – 1 – 2 – 3 – 4	M24	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Emprego/S.	---	-----	E23	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Álcool	D22	0 – 1 – 2 – 3 – 4	D23	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Drogas	D47	0 – 1 – 2 – 3 – 4	D48	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Legal	L25	0 – 1 – 2 – 3 – 4	---	-----
Lazer	F22	-----	---	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Família/Soc.	F14	0 – 1 – 2 – 3 – 4	F15	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Trauma	F38	0 – 1 – 2 – 3 – 4	F39	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Filhos	F48	0 – 1 – 2 – 3 – 4	F49	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Psiquiátrica	P20	0 – 1 – 2 – 3 – 4	P21	0 – 1 – 2 – 3 – 4

#### Códigos para aplicação do instrumento:

- X – não sabe ou  
não entendeu a questão
- N – não se aplica
- Q – não quis responder
- B – o entrevistador deixou  
em branco incorretamente



## ASI6

**Informações Gerais** – Esta é uma entrevista padronizada que pergunta sobre várias áreas da sua vida – saúde, emprego, uso de álcool e drogas, etc. Algumas questões referem-se aos últimos 30 dias ou aos últimos seis meses, enquanto outras são sobre a sua vida inteira. Toda informação que você fornecer é confidencial (explique) e será utilizada para (explique). Por favor, responda às questões com a sua melhor estimativa. Se houver perguntas que você não entender ou preferir não responder, por favor, me informe.

A entrevista terá uma duração de aproximadamente uma hora. Você tem alguma pergunta antes de nós começarmos? Primeiro começaremos com algumas informações gerais.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

G1. Código do paciente:

Nome do Entrevistador: \_\_\_\_\_

G2. Código do Entrevistador:

ou

G3. Código do Observador:

G4. Data da Entrevista:   /   /

G5. Data de Admissão:   /   /

G6. Os dados da entrevista serão referentes ao período:

1 – Anterior à data da própria entrevista:

2 – Anterior à data de admissão:

3 – Anterior à outra data:   /   /

G7. Hora de Início:   :

G8. Gênero (1 – Masculino, 2 – Feminino):

G9. Data de Nascimento:   /   /      
(Idade: \_\_\_\_\_)

G10. Qual raça / cor você se considera? [Marque todas q. se aplicam]

\_\_\_ 1. Negra/Preta

\_\_\_ 5. Indígena

\_\_\_ 2. Branca

\_\_\_ 6. Outros

\_\_\_ 3. Amarela/Oriental

\_\_\_ 7. Não respondeu

\_\_\_ 4. Parda/Mestiça

G11. Está em internação (1), ambulatório (2), outro local (3)?

G12. Qual o seu estado conjugal?

1 – casado

4 – Divorciado

2 – vivendo como casado

5 – Separado

6 → G14

3 – viúvo

6 – Nunca casou

G13. Há quanto tempo você está (G12 resposta)?   anos   meses

G14. Como você foi encaminhado para o tratamento?

– i.e. encaminhado para este programa específico de tratamento

1 – Por si próprio, cônjuge, familiar ou por amigo

2 – Instituição ou pessoa ligada a tratamento de álcool e drogas

3 – Instituição de saúde ou profissional de saúde

4 – Escola/Faculdade

5 – Trabalho ou programa de assistência ao emprego

6 – Serviço Comunitário (programa desemprego, abrigo, igreja, etc.)

7 – Sistema penal ou pelo juiz

J F M A M J J A S O N D

**Moradia** – As questões seguintes perguntam se você morou em algum tipo de local restrito ou supervisionado durante os últimos 6 meses desde \_\_\_\_\_ e os últimos 30 dias desde \_\_\_\_\_

[NOTA: 6 meses = 180 dias, informe ao entrevistado se necessário]

H1. Nos últimos 6 meses, aproximadamente quantas noites você ficou em um hospital, unidade de internação psiquiátrica ou de tratamento para álcool e/ou drogas (internação), prisão ou delegacia, pensão protegida ou albergue para paciente psiquiátrico, ou comunidade terapêutica?

A. Últimos 6 meses    B. 30 Dias    
000 → H8

Dessas noites, quantas foram em:

H2. Unidade de internação para tratamento de álcool ou drogas? A.   B.

H3. Hospital geral?

H4. Hospital psiquiátrico?

H5. Delegacia ou prisão?

H6. Pensão protegida, comunidade terapêutica ou albergue (p/ pac. psiq.)?

H7. Outro tipo de situação de moradia restrita ou supervisionada? Que tipo de lugar?

H8. Quantas noites você passou em um abrigo para moradores de rua? A. Últimos 6 meses    B. 30 Dias    
000 → H9

H9. Quantas noites você passou na rua, ou em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças, porque você não tinha outro lugar para ficar?

A. Últimos 6 meses    B. 30 Dias    
000 → NOTA

[NOTA: Se H8A ou H9A > 0 (i.e. se algum tempo em um abrigo ou na rua nos últimos 6 meses), passe para a próxima NOTA.]

H10. Alguma vez na vida você já ficou em um abrigo para moradores de rua ou na rua (em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças) porque você não tinha outro lugar para ficar?  1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Se H1B + H8B = 30 (i.e. se todos os últimos 30 dias foram em ambiente restrito ou abrigo), passe para a seção Médica.]

H11. Nos últimos 30 dias (quando você não estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), com quem você estava morando?

[Marque todas que se aplicam] – se morava sozinho pule para seção Médica

\_\_\_ 1. Sozinho

\_\_\_ 5. Outros parentes adultos

\_\_\_ 2. Cônjuge/Parceiro

\_\_\_ 6. Outros adultos não-parentes

\_\_\_ 3. Filho(s) < 18anos

\_\_\_ 7. Não respondeu

\_\_\_ 4. Pais

\_\_\_ 8. Outros

H12. Nos últimos 30 dias (quando você NÃO estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), você morou com alguém que tem problema atual com o uso de álcool ou drogas?  1 – Sim, 0 – Não

## ASI6

**Médico – As questões a seguir são sobre sua saúde física.**

M1. Que tipo de convênio/seguro de saúde você tem?

[Marque todas que se aplicam]

- ☐ 1. Nenhum (SUS)  
☐ 2. Seguro privado, plano de saúde privado  
 ex. Unimed, IPE, Golden Cross, Bradesco Saúde  
☐ 3. Convênio público  
☐ 4. Convênio militar  
☐ 5. Outros (especifique: \_\_\_\_\_)  
☐ 6. Não respondeu

[NOTA: Se homem, Pule a M2.]

 M2. Você está grávida neste momento? ☐ 1 – Sim, 0 – Não  
 2 – Não tem certeza

 Alguma vez algum **médico ou um profissional de saúde** lhe disse que  
 você tinha alguma das seguintes doenças?

1 – Sim, 0 – Não

- M3. Pressão Alta ..... ☐  
 M4. Diabetes ..... ☐  
 M5. Doença Cardíaca ..... ☐  
 M6. Derrame / Isquemia (Acidente Vascular Cerebral)..... ☐  
 M7. Epilepsia ou convulsões..... ☐  
 M8. Câncer ..... ☐  
 M9. HIV/AIDS..... ☐  
 M10. Tuberculose ..... ☐  
 M11. Hepatite..... ☐  
 M12. Cirrose ou outra doença crônica do fígado..... ☐  
 M13. Doença renal crônica ..... ☐  
 M14. Problema respiratório crônico ..... ☐  
 ex. asma, enfisema, DPOC, bronquite

 M15. Outro problema ou doença crônica  
 ex. artrite, dor lombar crônica, prob. digestivos, hipotireoidismo,  
 – se “Sim” especifique: \_\_\_\_\_ ☐

 M16. Qualquer incapacidade física que seriamente  
 prejudica sua visão, audição ou movimentos?  
 – se “Sim,” especifique: \_\_\_\_\_ ☐

[NOTA: Se M3 – M16 forem todas 0 – Não, Pule a M17.]

 M17. Você já recebeu prescrição de medicação  
 para qualquer uma dessas condições? ☐  
 0 – Não  
 1 – Sim, e ainda estou tomando todos os remédios como prescrito.  
 2 – Sim, e deveria estar tomando, mas não estou (ou toma apenas alguns).  
 3 – Sim, mas me disseram (médico) que a medicação não era mais necessária.

 M18. Você já solicitou ou recebeu qualquer tipo  
 de pensão para doença física ou incapacidade? ☐ 1 – Sim, 0 – Não  
 – exclua incapacidade psiquiátrica

 M19. Nos últimos 30 dias, você diria que  
 sua saúde física esteve?

- 0 – Excelente  
 1 – Muito Boa  
 2 – Boa  
 3 – Razoável  
 4 – Ruim

**(M20 – M23) Nos últimos 30 dias:**
 [NOTA: NÃO inclua problemas que são totalmente causados por  
 estar sob efeito, intoxicado ou em abstinência de álcool ou drogas.  
 Também não inclua transtornos psiquiátricos.]

 M20. Quantos dias você teve sintomas  
 ou problemas físicos ou clínicos?    
 Dias  
 ex. doença, lesão, dor, desconforto, incapacidade  
 – incluir problemas dentários

 M21. Quantos dias você esteve incapacitado  
 para exercer atividades normais por causa  
 de sintomas ou problemas clínicos/físicos?    
 Dias

[NOTA: Apresente a Escala de Avaliação do Entrevistado]

 M22. Quanto desconforto ou dor física  
 você experimentou?  
 0 – Nada  
 1 – Levemente  
 2 – Moderadamente  
 3 – Consideravelmente  
 4 – Extremamente ☐

 M23. Quão preocupado ou incomodado você tem estado  
 com sua saúde física ou qualquer problema clínico?  
 0 – Nada  
 1 – Levemente  
 2 – Moderadamente  
 3 – Consideravelmente  
 4 – Extremamente ☐

 M24. Neste momento, quão importante é para você o tratamento  
 (atual ou adicional) para qualquer problema clínico ou físico?  
 0 – Nada  
 1 – Levemente  
 2 – Moderadamente  
 3 – Consideravelmente  
 4 – Extremamente ☐

 M25. Quantas vezes na sua vida você já esteve  
 hospitalizado (ao menos uma noite)  
 por problemas físicos ou clínicos?  
 – não inclua hospitalizações para tratamento de álcool/  
 drogas ou psiquiátrico, ou partos não complicados.  

 M26. Quantos dias você utilizou  
 serviços de emergência para  
 tratar algum problema clínico?  
 A. Últimos 6 meses B. 30 Dias  
       
 000 → M27

 M27. Quantos dias você tomou  
 medicações prescritas  
 para uma doença física?  
 – não inclua remédios para problemas  
 com álcool/drogas/psiquiátricos.  
 A. B.  
       
 000 → M28

 M28. Quantos dias você fez visitas  
 ambulatoriais ou de consultório com  
 um médico ou profissional de saúde?        
 000 → E/S  
 ex. exame físico de qualquer natureza ou outro  
 monitoramento/cuidado para algum problema médico ou doença.  
 – não inclua tratamento para álcool/ drogas ou psíquico.
**Comentários:**


---



---



---



---



---



---



---



---

## ASI6

**Emprego/Sustento – As questões seguintes são sobre a sua educação, emprego e finanças.**

E1. Qual é o grau máximo de estudo que você completou?

1 – Ensino Fundamental	4 – Bacharelado	
2 – Ensino Médio	5 – Mestrado ou mais	
3 – Ensino Superior (Faculdade)	6 – Nenhum	

E2. Você tem algum outro diploma, licença ou certificado de algum treinamento formal? 1 – Sim, 0 – Não

E3. Qual é a última série ou ano que você completou?

01 = Não alfabetizado	16 = 3º e/ou 4º ano de faculdade
02 = 1ª a 4ª série	17 = 5º e/ou 6º ano de faculdade
12 = 5ª a 8ª série	18 = 1º ao 2º ano de pós-g. (mestrado)
13 = 1º e/ou 2º ano do E.M.	19 = Doutorado completo ou não
14 = 3º ano Ensino Médio	20 = Pós-doutorado completo ou não
15 = 1º e/ou 2º ano de faculdade	

E4. Você prestou serviço militar? 1 – Sim, 0 – Não

E5. Você participa atualmente de treinamento técnico ou programa educacional? 0 – Não, 1 – Meio-Turno, 2 – Turno Integral

E6. Você tem carteira de motorista válida? 1 – Sim, 0 – Não

E7. Você usa ou tem um carro ou moto? 1 – Sim, 0 – Não

E8. Neste momento, é difícil ir ao trabalho/escola, ou procurar trabalho por causa de meio de transporte? 1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Codifique E9. Pergunte apenas se incapaz de codificar baseado na informação prévia]

E9. Você lê/escreve (português) suficientemente bem para preencher uma ficha de emprego? 1 – Sim, 0 – Não

E10. Qual é a sua principal situação de emprego atual? [Marque uma]

- \_\_\_ 1. Turno Integral (TI) (35+ h/trabalho), → E12
- \_\_\_ 2. Meio Turno (< 35 h/trabalho), → E12
- \_\_\_ 3. Desempregado e ativamente procurando por trabalho “dispensa temporária”, → E14
- \_\_\_ 4. Fora do mercado de trabalho – não trabalha e não procura ativamente por trabalho
- \_\_\_ 5. Bicos (trabalho irregular e sem horário fixo)

E11. [Se fora do mercado de trabalho ou faz bicos responda:] Qual opção melhor descreve sua situação atual?

[NOTA: Marque uma ou duas e passe para E14]

- |                            |                                 |
|----------------------------|---------------------------------|
| ___ 1. Dona-de-casa/do lar | ___ 5. Não procura por trabalho |
| ___ 2. Estudante           | ___ 6. Procura por trabalho     |
| ___ 3. Incapaz             | ___ 7. Institucionalizado       |
| ___ 4. Aposentado          | ___ 8. Outro _____              |

**Comentários:** \_\_\_\_\_

E12. Que tipo de trabalho você faz (trabalho principal)? [ ] [ ]  
Especifique: \_\_\_\_\_

[NOTA: Codifique uma categoria nas caixas E12. Lista em anexo]

- 01 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas
- 02 – Ocupações Executivas, Administrativas, Gerenciais
- 03 – Vendas
- 04 – Apoio Administrativo e de Escritório
- 05 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto
- 06 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores
- 07 – Ocupações de Transporte e Mudanças
- 08 – Serviços gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar, Operário
- 09 – Ocupações de Serviços, Exceto Empregados Domésticos
- 10 – Fazendeiro ou Gerente /Administrador de Fazenda
- 11 – Trabalhador Rural
- 12 – Militar
- 13 – Empregados Domésticos
- 14 – Outro

E13. Este trabalho é sem carteira assinada (informal)? [ ]  
1 – Sim, 0 – Não

E14. Quanto tempo durou seu trabalho de turno integral mais longo? [ ] [ ] [ ]  
Meses  
– com um empregador ou como autônomo 000 → E17

E15. Há quanto tempo ele terminou? [ ] [ ] [ ]  
Meses  
[NOTA: Coloque 000 somente se o trabalho atual (TI) é o mais longo] 000 → E17

E16. Qual era o seu trabalho/ocupação então? [ ] [ ]  
Especifique: \_\_\_\_\_  
[NOTA: Codifique uma categoria da NOTA E12.]

E17. Nos últimos 6 meses (desde \_\_\_\_\_), quantas semanas você teve um trabalho pago? [ ] [ ]  
– inclua licenças, férias, dias como autônomo, trabalho informal e bicos. Semanas, Max = 26, 00 → E22

E18. Nos últimos 6 meses, quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)? – incluir bicos [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

(E19 – E22) Nos últimos 30 dias:

E19. Quantos dias remunerados você trabalhou? [ ] [ ]  
– inclua licenças, férias, dias como autônomo, trabalho informal e bicos. Dias, 00 → E22

E20. Quanto dinheiro você ganhou (renda bruta)? – incluir bicos R\$ [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

E21. Quantos dias você teve qualquer problema relacionado com o trabalho? [ ] [ ]  
ex. baixa produtividade, discussões, ser chamado atenção, atrasos, etc. Dias

E22. Você procurou algum emprego? [ ]  
ex. mandou um currículo, preencheu uma ficha de emprego, falou com um possível empregador 1 – Sim, 0 – Não

E23. Neste momento, quão importante é para você receber qualquer tipo de orientação (como aconselhamento, treinamento ou educação) para ajudá-lo a se preparar para ou a encontrar um emprego, ou lidar com problemas profissionais? – assistência atual ou adicional [ ]

0 – Nada	3 – Consideravelmente
1 – Levemente	4 – Extremamente
2 – Moderadamente	



## ASI6

*As próximas perguntas (E24 – E36) são sobre as suas fontes de suporte financeiro e renda.*

E24. Você mora em habitação financiada pelo governo ou recebe auxílio moradia? ☐ 1 – Sim, 0 – Não

*Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:*

E25. pensão, seguro social, seguro desemprego? ex. previdência social ou INSS R\$

E25b.... últimos 6 meses? R\$

E26. assistência pública? ex. bolsa família / bolsa escola / moradia / roupas R\$

E26b.... últimos 6 meses? R\$

E27. outra assistência? ex. vale-refeição ou vale-transporte R\$

E27b.... últimos 6 meses? R\$

E28. sustento ou pensão alimentícia para crianças? do pai da criança ou ex-cônjuge. R\$

E28b.... últimos 6 meses? R\$

E29. atividades ilegais? ex. tráfico de drogas, prostituição, jogo ilegal, venda de objetos ilegais R\$

E29b.... últimos 6 meses? R\$

E29c.bicos? R\$

E29d.... últimos 6 meses? R\$

E30. alguma outra fonte? ex. pediu emprestado/recebeu dinheiro da família ou renda inesperada (herança, impostos, loteria, etc.) R\$

E30b.... últimos 6 meses? R\$

E31. Quais são suas fontes atuais de sustento financeiro para moradia, comida e outras despesas de vida? [Marque todas que se aplicam]

- ☐ 1. Emprego
- ☐ 2. Aposentadoria
  - ex. pensão, seguro social (INSS)
- ☐ 3. Invalidez / Incapacidade
  - ex. pensão, seguro social (INSS), indenização
- ☐ 4. Seguro desemprego
- ☐ 5. Assistência pública ou governamental
  - ex. previdência social, vale-refeição, moradia subsidiada
- ☐ 6. Sustento ou pensão alimentícia para criança
- ☐ 7. Família, amigos ou sócios
- ☐ 8. Dinheiro ilegal
- ☐ 9. Institucionalizado ou vivendo em supervisão
  - ex: Hospital, pensão protegida, albergue ou pensão.
- ☐ 10. Outras, ex. economias, etc:
  - Especifique: \_\_\_\_\_
- ☐ 11. Bicos
- ☐ 12. Nenhuma

E32. Você alguma vez declarou falência? ☐ 1 – Sim, 0 – Não

E33. Você já deixou de pagar um empréstimo para o governo ou instituição privada? ex. crédito educativo, casa, empréstimos bancários. ☐ 1 – Sim, 0 – Não

E34. Você está mais do que um mês atrasado nos seus pagamentos para alguma coisa? ex: habitação, serviços, cartões de crédito, pensão de filhos, outros empréstimos/débitos (contas médicas, custos legais, empréstimos pessoais) ☐ 1 – Sim, 0 – Não

E35. Quantas pessoas (não inclua você mesmo) atualmente dependem de você para o sustento financeiro regular?   ex. para moradia, comida, sustento de filho, mesada, etc. inclua pessoas que o sujeito sustente, bem como aquelas que ele/ela é obrigado a sustentar

E36. Você tem renda suficiente para pagar necessidades como moradia, comida e roupas para você mesmo e seus dependentes? ☐ 1 – Sim, 0 – Não  
– exclua dinheiro de atividades ilegais

**Comentários:**

---



---



---



---



---



---

## ASI6

**Drogas / Álcool – As questões a seguir são sobre o seu uso de álcool e drogas, e sobre qualquer tratamento para abuso de substâncias que você tenha recebido.**Histórico de Tratamentos

D1. Quantas vezes diferentes você já foi tratado para seu uso de álcool ou drogas?  
– inclua avaliações para tratamento mesmo que não tenham se transformado em tratamento. Não incluir AA / NA.   00 → D6

D2. Quantos desses tratamentos foram apenas para desintoxicação?  
– desintoxicação não seguida por tratamento adicional.

D3. Que idade você tinha quando entrou pela primeira vez em um tratamento para álcool/drogas?

Quantos dias você:

D4. Participou de programa ambulatorial ou de consulta médica para tratamento de problemas relacionados a álcool ou drogas)?  
A. Últimos 6 meses    000 → D5 B. 30 Dias

D5. Tomou medicação prescrita para tratar seu uso de álcool ou drogas?  
ex. dissulfiram, naltrexone (Revia), acamprosato (Campral), medicamento para desintoxicação, diazepam, metadona, etc.  
– exclua medicações para dependência de nicotina.   000 → D6

D6. Participou de reuniões de auto-ajuda (ex.: AA, NA)?    [se nunca participou na vida → D8]

D7. Qual o período de tempo contínuo mais longo que você participou de reuniões de auto-ajuda, pelo menos 2 dias/semana?   Anos   Meses

Uso de Álcool

D8. Quantos anos na sua vida você bebeu álcool regularmente, 3 ou + dias/semana?  
– exclua períodos sem álcool   00 → D10

D9. Quantos anos na sua vida você bebeu pelo menos (5-homem, 4-mulher) drinques<sup>7</sup> por dia regularmente, 3 ou + dias por semana?   >0 → D11

D10. Você bebeu pelo menos (5 – homem, 4 – mulher) drinques por dia em 50 dias ou mais em sua vida? 1 – Sim, 0 – Não

D11. Que idade você tinha quando bebeu e sentiu pela primeira vez os efeitos do álcool?   [se nunca, codifique NN]

D12. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava bebendo mais, com que frequência você bebia?  
0 – Sem uso (→ D20) 3 – 3-6 vezes por semana  
1 – 1-3 vezes por mês 4 – Diariamente  
2 – 1-2 vezes por semana

D13. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica?

D14. Quando você bebeu pela última vez?  
[00 se hoje, 01 se ontem, 02 se 2 dias antes, etc.]

D15. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu pelo menos (5 p/homens, 4 p/mulheres) drinques em um dia?

D16. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em álcool para você? R\$

Sintomas do ÁlcoolNos últimos 30 dias:

D17. Você teve qualquer sintoma de abstinência logo após ter diminuído ou parado de beber?  1 – Sim, 0 – Não

D18. Você teve alguma dificuldade em controlar, diminuir ou parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo?  1 – Sim, 0 – Não

D19. Por causa do seu beber, você teve algum problema médico ou psicológico;  
ou  
teve problemas no emprego (escola) ou em casa, teve discussões;  
ou  
teve problema com a lei?  1 – Sim, 0 – Não

D20. Você foi incomodado por fissuras ou desejos intensos de beber?  1 – Sim, 0 – Não

D21. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de álcool?   00 → D23

D22. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com álcool?  
0 – Nada 3 – Consideravelmente  
1 – Levemente 4 – Extremamente  
2 – Moderadamente

D23. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de álcool?  
0 – Nada 3 – Consideravelmente  
1 – Levemente 4 – Extremamente  
2 – Moderadamente

D24. Quão importante é para você alcançar/manter abstinência total do álcool (i.e., não beber nada)?  
0 – Nada 3 – Consideravelmente  
1 – Levemente 4 – Extremamente  
2 – Moderadamente

Comentários:

<sup>7</sup> Um drink: considere aproximadamente 1 dose de destilado, 1 cálice de vinho ou uma lata de cerveja.

## ASI6

## Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

**NOTA:** Entregue ao entrevistado a Lista de Drogas e diga: *Eu vou perguntar sobre cada grupo de drogas listado. Nós já falamos sobre o álcool. Vamos começar com a maconha:*

- Pré-A. Você já experimentou ou usou \_\_\_\_\_ (mesmo se foi somente uma vez ou prescrita)?
- A. Que idade você tinha quando experimentou pela primeira vez \_\_\_\_\_?
- B. Por quantos anos de sua vida você usou \_\_\_\_\_ 3 ou mais dias por semana? – Exclua períodos sem a droga
- C. Você já usou \_\_\_\_\_ em 50 ou mais dias na sua vida?
- D. Nos últimos 30 dias, quantos dias você usou \_\_\_\_\_?
- E. Nos últimos 30 dias, você usou \_\_\_\_\_ ([0] – somente como prescrito, ou [1] – ilegalmente ou mais do que foi prescrito)?

**NOTA:** Se o entrevistado relata:

1. Nunca ter experimentado uma droga específica (ex. D25-A), **codifique “N” e passe para a próxima substância (D26-A).**
2. Ter usado 3 ou mais dias por semana por um ano ou mais (ex. D25-B), **pule o item seguinte (D25-C), e continue.**
3. Nenhum uso nos últimos 30 dias (ex. D25-D = 00), **passe para a próxima substância (D26-A).**

	A. Idade de 1º uso? [N → próxima A]	B. Anos de uso regular (Na vida)? [>00 → D]	C. Usou 50 ou + dias (Na vida)? [1 – Sim, 0 – Não]	D. Uso nos Últimos 30 dias? [00 → próxima A]	E. Usou como Tto (últimos 30 dias)? [0 – como Tto, 1 – Não Tto]
D25. Maconha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D26. Sedativos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D27. Cocaína / Crack	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D28. Estimulantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D29. Alucinógeno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D30. Heroína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D31. Metadona	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D32. Outros Opióides	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
D33. Inalantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

**Comentários adicionais:**

---



---



---



---

## ASI6

## Uso de Substâncias – Categorias Problema

01 – Álcool  
 02 – Maconha  
 03 – Sedativos  
 04 – Cocaína / Crack  
 05 – Estimulantes  
 06 – Alucinógenos

07 – Heroína  
 08 – Metadona  
 09 – Outros Opióides  
 10 – Inalantes  
 11 – Outras Substâncias (inclui nicotina)  
 12 – Nenhuma

## Rota(s) de Administração

De que forma você já usou \_\_\_\_\_?

<b>Problema Primário</b> D34. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a você mais dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?  Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	<b>A. Categoria</b> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 12 → D37	<b>B. Na vida</b> [marque todas que se aplicam]  __ 1. Ingerida    __ 4. Injetada __ 2. Inalada    __ 5. Outra __ 3. Fumada	<b>C. Últimos 30 Dias</b> [marque todas que se aplicam]  __ 1. Ingerida    __ 4. Injetada __ 2. Inalada    __ 5. Outra __ 3. Fumada    __ 6. Sem uso
<b>Problema Secundário</b> D35. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 2ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?  Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	<b>A. Categoria</b> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 12 → D37	<b>B. Na vida</b> [marque todas que se aplicam]  __ 1. Ingerida    __ 4. Injetada __ 2. Inalada    __ 5. Outra __ 3. Fumada	<b>C. Últimos 30 Dias</b> [marque todas que se aplicam]  __ 1. Ingerida    __ 4. Injetada __ 2. Inalada    __ 5. Outra __ 3. Fumada    __ 6. Sem uso
<b>Problema Terciário</b> D36. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 3ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento?  Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	<b>A. Categoria</b> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 12 → D37	<b>B. Na vida</b> [marque todas que se aplicam]  __ 1. Ingerida    __ 4. Injetada __ 2. Inalada    __ 5. Outra __ 3. Fumada	<b>C. Últimos 30 Dias</b> [marque todas que se aplicam]  __ 1. Ingerida    __ 4. Injetada __ 2. Inalada    __ 5. Outra __ 3. Fumada    __ 6. Sem uso

[NOTA: 4. Injeção = EV (endovenosa) ou IV (intravenosa)  
 e não-EV/IV: ex. intramuscular, intradérmica, etc.]

## Comentários adicionais:

---



---



---



---



## ASI6

Uso de Drogas – Geral (exceto álcool e tabaco)

D37. Quantos anos na sua vida você usou qualquer tipo de droga ilegal ou de rua, ou abusou de qualquer medicação prescrita por pelo menos 3 ou mais dias por semana?   – se nunca usou drogas ou medicação → D54

D38. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava usando mais drogas ilegais ou de rua (e/ou abusando de medicação prescrita), qual a frequência de uso de quaisquer drogas?  
 0 – Sem uso (→ D45)      3 – 3-6 vezes por semana  
 1 – 1-3 vezes por mês      4 – Diariamente  
 2 – 1-2 vezes por semana

D39. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas?   0 → D45

D40. Quantos dias faz que você usou pela última vez qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas?   00 – se hoje, 01 – se ontem ou 02 – se 2 dias antes, etc.

D41. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em drogas? R\$           – exclua dinheiro para medicações que são parte do tratamento para drogas (e.x. metadona, medicações para desintoxicação, etc.)

Sintomas de Drogas (exceto álcool e tabaco)**Nos últimos 30 dias:**

D42. Você teve algum sintoma de abstinência logo após diminuir ou parar qualquer droga?  1 – Sim, 0 – Não

D43. Você teve algum problema em controlar, diminuir ou parar com as drogas, ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito, recuperando-se, ou apenas tentando obter drogas?  1 – Sim, 0 – Não

D44. Por causa do seu uso de drogas – você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no trabalho (escola) ou em casa, entrou em discussões; ou teve problemas com a lei?  1 – Sim, 0 – Não

D45. Você tem sido incomodado por fissuras ou desejos de usar?  1 – Sim, 0 – Não

D46. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de drogas?   00 → D48

D47. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com drogas?  
 0 – Nada      3 – Consideravelmente  
 1 – Levemente      4 – Extremamente  
 2 – Moderadamente

D48. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de drogas?  
 0 – Nada      3 – Consideravelmente  
 1 – Levemente      4 – Extremamente  
 2 – Moderadamente

D49. Quão importante é para você alcançar/manter a abstinência total das drogas (isto é, não usar nenhuma droga)?  
 0 – Nada      3 – Consideravelmente  
 1 – Levemente      4 – Extremamente  
 2 – Moderadamente

D50. Desde que você começou a usar, você já esteve completamente abstinente (limpo) das **drogas e do álcool** por pelo menos 1 ano?  1 – Sim, 0 – Não  
 – exclua medicações prescritas e apropriadamente tomadas (ex. metadona, medicações psiquiátricas) 0 → D52

D51. Há quanto tempo este período de abstinência (limpo) de pelo menos 1 ano terminou?   Anos   Meses  
 [Se atualmente abstinente há 1 ano ou mais, codifique 00 00.]

Riscos para a Saúde

[NOTA: Caso ainda não se saiba, pergunte a D52. Caso contrário, preencha de acordo com as informações prévias]

D52. Alguma vez você se injetou drogas?  [Injetou = IV (intravenosa) e não-IV] 1 – Sim, 0 – Não 00 → D54

D53. Quando foi a última vez que você compartilhou seringas ou equipamento de injeção?   Anos   Meses Atrás  
 – se nunca, codifique N e N  
 – se no último mês, codifique 00 00

D54. Nos últimos 6 meses, com quantas pessoas diferentes você fez sexo oral, anal ou vaginal?

D55. Quando foi a última vez que você fez teste para HIV/AIDS?   Anos   Meses Atrás  
 – se nunca, codifique N e N  
 – se no último mês, codifique 00 00

Tabaco – Cigarros, etc.

D56. Que idade você tinha quando fumou o primeiro cigarro ou usou tabaco de outra forma?   N → D59  
 ex. mascou tabaco, charutos, cachimbo  
 – se nunca experimentou, codifique N

D57. Quantos anos na sua vida você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma) diariamente?

D58. Nos últimos 30 dias, quantos dias você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma)?

Jogo

D59. Na sua vida, você alguma vez teve dificuldade financeira por causa de jogo?  1 – Sim, 0 – Não

D60. Nos últimos 30 dias, quantos dias você participou de qualquer forma de jogo, como bingo, loteria, corrida de cavalo, jogo do bicho, rinha de galo, cassinos, ou jogo ilegal de qualquer natureza?

Comentários:


---



---



---

## ASI6

**Legal** – As próximas questões são a respeito de seu envolvimento a Justiça Criminal e/ou atividades ilegais.

- L1. Na sua vida inteira, você já esteve em uma prisão ou detido em delegacia, mesmo que por poucas horas? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
- L2. Na sua vida inteira, você já foi preso? ☐ 1 – Sim, 0 – Não  
Se L1 e L2 = 0 → L18
- L3. Que idade você tinha na primeira vez?   >17 → (L7-14)
- L4. Antes dos 18 anos, você já foi preso por? [Marque todas que se aplicam]  
 \_\_\_ 1. Crimes violentos ou crimes contra pessoas  
 ex. roubo, agressão, estupro  
 \_\_\_ 2. Ato ilícito ligado a drogas  
 ex. porte, tráfico, manufatura de drogas  
 \_\_\_ 3. Crimes visando lucro ou contra a propriedade  
 ex. roubo de carro ou em loja, arrombamento, vandalismo, incêndio  
 \_\_\_ 4. Infrações praticadas somente por jovens  
 ex. fugir de casa, violação do toque de recolher, vadiagem  
 \_\_\_ 5. Outras infrações (Especifique: \_\_\_\_\_)
- L5. Quantas vezes você foi condenado por um ato infracional antes dos 18 anos?   Vezes
- L6. Antes dos 18 anos, qual o tempo total que você passou trancado em centros de detenção ou instituições para menores infratores (FASE/FEBEM/DEGASE)?   Meses

## (L7 – L14) Desde os 18 anos:

Pré-A. Você já foi preso ou detido por \_\_\_\_\_  
 [NOTA: Se Não, codifique 00 para A. e passe para o próximo item]

- A. Quantas vezes no total?  
 B. Quantas vezes nos últimos 6 meses?

- |   | A. Total                                  | B. 6 Meses                                |
|---|---|---|
| L7. Porte de drogas? .....<br>– ou equipamentos de droga (parafernália)   | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L8. Venda ou produção de drogas? .....<br>– vender inclui traficar/ distribuir  | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L9. Roubo? .....<br>– roubo à força, ou sob ameaça de força   | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L10. Outros crimes visando lucro? .....<br>– fraude venda de objetos roubados, vandalismo, incêndio – em loja   | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L11. Crime violento? .....<br>– violência doméstica, estupro, assassinato.  | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L12. Armas, prostituição ou jogo? .....<br>– inclua cafetagem, dinheiro por sexo, pornografia   | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L13. Dirigir alcoolizado? .....<br>– ou sob efeito de drogas  | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L14. Alguma outra infração criminal? .....<br>– violação da condicional, conduta desordeira, invasão, violação de ordem restritiva, negligência ou deserção, etc. | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

- L15. Há quanto tempo foi a última vez que você foi preso ou detido por qualquer coisa?   Anos   Meses  
 [Codifique 00 se dentro do último mês (30 dias)]
- L16. Quantas vezes você foi condenado por um crime cometido após os 18 anos de idade?   Vezes
- L17. Desde os 18 anos, quanto foi o tempo total que você passou na cadeia ou prisão?   Anos   Meses

- L18. A sua admissão para o tratamento foi ordenada pela justiça? ☐ 1 – Sim, 0 – Não  
 ex. um juiz a requisitou

Você está atualmente envolvido com a justiça criminal de alguma das seguintes formas? 1 – Sim, 0 – Não

- L19. Investigado em inquérito policial ..... ☐
- L20. Suspensão condicional do processo ..... ☐
- L21. Aguardando julgamento ou sentença ..... ☐
- L22. Sursis ou em Liberdade condicional ..... ☐
- L23. Participando de um programa de justiça terapêutica ..... ☐
- L24. Outros ..... ☐  
 ex. procurado pela justiça, mandado de prisão, prisão domiciliar, supervisão pré-julgamento, está cumprindo pena
- L25. Quão graves você considera seus problemas atuais com a justiça criminal?  
 0 – Nada 3 – Consideravelmente  
 1 – Levemente 4 – Extremamente ☐

## (L26 – L30) Nos últimos 6 meses:

Pré-A. Você \_\_\_\_\_ ?  
 [NOTA: Se Não, codifique 000 para A. e passe para o próximo item]

- A. número de dias, últimos 6 meses  
 B. número de dias, últimos 30 dias

- |   | A. Últimos 6 Meses   | B. 30 Dias   |
|---|--|--|
| L26. Vendeu ou fabricou drogas? .....<br>– traficou ou distribuiu para fazer dinheiro, por sexo ou lucro de qualquer outra maneira                        | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L27. Roubou alguém? .....   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28. Furtou, roubou, arrombou, fraudou, falsificou prescrições ou cheques, destruiu propriedade ou incendiou algo?<br>Se L28 = 0 → L29                    | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28c. Roubou em loja .....  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28d. Praticou arrombamento .....   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28e. Roubou veículo a motor .....  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28f. Falsificou .....  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28g. Fraudou .....   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28h. Cometeu vandalismo .....  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28i. Provocou incêndio (premeditado) .....   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L28j. Roubou / danificou propriedade .....  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L29. Ameaçou ou agrediu alguém? .....<br>– com ou sem uma arma;<br>– inclua violência doméstica, estupro e assassinato Se L29 = 0 → L30<br>– exclua roubo | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L29c. Ameaçou sem agressão física .....   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L29d. Agrediu fisicamente com uma arma ..   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L29e. Agrediu fisicamente sem uma arma ..   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L29f. Agrediu sexualmente .....   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L29g. Assassinou alguém .....   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L29h. OUTRO .....   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

## ASI6

- L30. Fez qualquer outra coisa ilegal? A. Últimos 6 Meses B. 30 Dias  
 – portou arma sem licença, ☐ ☐ ☐ ☐  
 envolveu-se com prostituição, ☐ ☐ ☐ ☐  
 cafetinagem ou jogo ilegal, etc. ☐ ☐ ☐ ☐  
 [exclua uso de droga pessoal ou posse, dirigir sob influência de álcool]
- L30c. Carregar uma arma sem licença ..... ☐ ☐ ☐ ☐
- L30d. Prostituição / cafetinagem ..... ☐ ☐ ☐ ☐
- L30e. Jogo ilegal ..... ☐ ☐ ☐ ☐
- L31. No total, nos últimos 30 dias, quantos dias você fez qualquer uma das atividades/coisas acima? ☐ ☐
- L32. Quantos dias, no total, você dirigiu sob efeito de drogas ou álcool? ☐ ☐ ☐ ☐

**Família/Social – As questões seguintes são sobre sua família e relacionamentos sociais.**

- F1. Você teve um relacionamento amoroso ou sexual com um(a) parceiro(a) durante o último mês? 1 – Sim, 0 – Não ☐  
 [NOTA: Se não, pule a coluna A (F3A-F9A).]
- F2. Quantos amigos íntimos/verdadeiros<sup>8</sup> você tem? ☐ ☐  
 – exclua parceiros sexuais/cônjuge, e quaisquer outros familiares adultos.  
 [NOTA: Se 00, pule a coluna C (F3C-F9C).]

**NOTA: Para F3 – F9:**

A. Refere-se a esposa/marido ou parceiro

B. Refere-se a quaisquer outros membros adultos da família ou parentes.  
 ex. pais, avós, irmãos, filhos crescidos, tios/tias, primos

C. Refere-se a qualquer amigo íntimo/verdadeiro

**Nos últimos 30 dias, você:**

(1 – Sim, 0 – Não)

- |   | A. Parceiro(s)           | B. Parentes Adultos      | C. Amigos Íntimos        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| F3. passou tempo (pessoalmente) com (seu A/quaisquer B/C): .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F4. teve qualquer contato, como, cartas, telefonemas ou e-mail (outro) com: .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – se F3+F4 = 0, Pule para F9  |                          |                          |                          |
| F5. falou para (A/B/C) sobre seus sentimentos ou problemas? .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F6. teve problema de relacionamento c/ .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F7. teve qualquer discussão com: .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F8. O(s) seu(s) (A/B/C) tem um problema atual com álcool ou uso de drogas? .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| – inclua somente aquelas pessoas com quem você passou tempo ou teve contato nos últimos 30 dias |                          |                          |                          |
| F9. Se você precisa de ajuda, você pode contar com: .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F10. Você atualmente tem alguma ordem judicial de afastamento contra alguém? 1 – Sim, 0 – Não   | <input type="checkbox"/> |                          |                          |

**Comentários:**

---



---



---

<sup>8</sup> Amigo íntimo / verdadeiro: considere alguém com quem você convive com uma certa frequência e pode contar, sem conotação sexual.

- F11. Nos últimos 30 dias, alguma situação com seu parceiro, parentes adultos ou amigos íntimos resultou em empurrar/bater ou atirar coisas? 1 – Sim, 0 – Não ☐
- F12. Além do seu parceiro, outros parentes adultos e amigos íntimos, existe alguém com quem você possa contar caso você realmente precise de ajuda? 1 – Sim, 0 – Não ☐  
 ex. padre/pastor, médico, padrinho de AA, conselheiro, advogado, etc.
- F13. No geral, nos últimos 30 dias, quão satisfeito você tem estado com os seus relacionamentos com adultos? ex. número de relacionamentos, quantidade de contato, qualidade da comunicação, se dá bem, ajudam-se mutuamente, etc.  
 0 – Nada 3 – Consideravelmente  
 1 – Levemente 4 – Extremamente  
 2 – Moderadamente ☐

- F14. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com quaisquer problemas com os seus relacionamentos com adultos?  
 0 – Nada 3 – Consideravelmente  
 1 – Levemente 4 – Extremamente  
 2 – Moderadamente ☐

- F15. Neste momento, quão importante é para você receber um auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para seus problemas de relacionamento com adultos?  
 0 – Nada 3 – Consideravelmente  
 1 – Levemente 4 – Extremamente  
 2 – Moderadamente ☐

- F16. Você acha difícil falar sobre os seus sentimentos ou problemas mesmo com pessoas íntimas (inclui parentes)? 1 – Sim, 0 – Não ☐

- F17. Você sente-se nervoso ou desconfortável quando está com outras pessoas? 1 – Sim, 0 – Não ☐

- F18. É importante para você ter relacionamento próximo/íntimo com pessoas? 1 – Sim, 0 – Não ☐

**Nos últimos 30 dias (F19-F22):**

- F19. você foi à missa/serviços ou atividades religiosas organizados pela sua igreja/congregação? 1 – Sim, 0 – Não ☐  
 – exclua reuniões de auto-ajuda ou AA
- F20. você fez algum trabalho voluntário? 1 – Sim, 0 – Não ☐
- F21. você frequentemente sentiu-se chateado ou com dificuldade para aproveitar o seu tempo livre? 1 – Sim, 0 – Não ☐
- F22. Quão satisfeito você tem estado com a forma com que você aproveita o seu tempo livre?  
 0 – Nada 3 – Consideravelmente  
 1 – Levemente 4 – Extremamente  
 2 – Moderadamente ☐

**As questões seguintes são sobre qualquer abuso ou trauma que você possa ter sofrido ao longo da sua vida.**

- F23. Você já foi fisicamente agredido/abusado por alguém que você conhecia? 1 – Sim, 0 – Não ☐  
 – exclua abuso sexual, pois este será codificado em F26 0 → F26

- F24. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez? ☐ ☐ ☐ ☐

- F25. Quando isso aconteceu pela última vez? ☐ ☐ ☐ ☐  
 – se nos últimos 30 dias, codifique '00 00' Anos Atrás Meses Atrás



## ASI6

- F26.** Alguma vez você já foi agredido/abusado sexualmente por alguém? ☐ 0 → F29
- F27.** Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F28.** Quando aconteceu pela última vez?   Anos Antes   Meses Atrás  
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'
- F29.** Você alguma vez foi vítima de um crime violento como ser espancado ou agredido? ☐ 0 → F32  
– exclua familiares, amigos e pessoas conhecidas  
– exclua abuso como descrito em F26 e experiência de guerra
- F30.** Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F31.** Quando aconteceu pela última vez?   Anos Atrás   Meses Atrás  
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'
- F32.** Você já esteve em alguma outra situação de risco de vida? ☐ 0 → F35  
ex. desastre, acidente grave/incêndio, guerra  
– exclua abuso, crimes violentos como descritos acima
- F33.** Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F34.** Quando aconteceu pela última vez?   Anos Atrás   Meses Atrás  
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'
- F35.** Você já esteve em uma situação onde você viu alguém sendo morto, espancado/agredido ou muito ferido? ☐ 0 → NOTA  
– exclua desastres/acidentes graves ou incêndio e guerra como descrito acima em F32
- F36.** Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F37.** Quando aconteceu pela última vez?   Anos Antes   Meses Antes  
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'
- [NOTA:** Se não há história de abuso ou trauma (i.e., F23, F26, F29, F32, e F35. São todos 0 – Não), pule para F40.]
- F38.** Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos? ☐  
– inclua pesadelos/sonhos, lembranças (flashbacks), etc.  
0 – Nada 3 – Consideravelmente  
1 – Levemente 4 – Extremamente  
2 – Moderadamente
- F39.** Neste momento, quão importante é para você receber auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para quaisquer sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos? ☐  
0 – Nada 3 – Consideravelmente  
1 – Levemente 4 – Extremamente  
2 – Moderadamente

*As questões seguintes são sobre seus filhos ou qualquer outra criança vivendo com você.*

- F40.** Quantos filhos biológicos e/ou adotivos você tem?   00 → F45
- F41.** Quais as idades dos seus filhos vivos, começando pelo mais velho?
- |         |   |          |   |
|---------|---|----------|---|
| Filho 1 | <input type="text"/> <input type="text"/> | Filho 6  | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Filho 2 | <input type="text"/> <input type="text"/> | Filho 7  | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Filho 3 | <input type="text"/> <input type="text"/> | Filho 8  | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Filho 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> | Filho 9  | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Filho 5 | <input type="text"/> <input type="text"/> | Filho 10 | <input type="text"/> <input type="text"/> |

**[NOTA:** Se todos os filhos têm 18 ou mais, → F45]

- F42.** Existe algum processo de guarda aberto pela mãe/pai ou qualquer outro parente? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
- F43.** Quantos dos seus filhos estão atualmente afastados da família por decisão judicial?   Filhos  
– inclua também aqueles cuidados por parentes via decisão judicial
- F44.** Nos últimos 30 dias, quantos filhos (menores de 18 anos) moraram com você pelo menos por algum tempo?   Filhos
- F45.** Nos últimos 30 dias, alguma outra criança (enteado/neto/sobrinho(a), etc.), menor de 18 anos morou com você por pelo menos algum tempo? ☐  
– codifique crianças que passam a noite regularmente ou que tenham ficado na sua casa por longo período de tempo 1 – Sim, 0 – Não

**[NOTA:** Se F44 e F45 são 0, i.e. sem crianças nos últimos 30 dias, pule para F51]

- F46.** Quantas das crianças (que moraram com você) têm problema(s) grave(s) de saúde, de comportamento ou de aprendizado que requerem cuidado profissional, tratamento ou atendimento especializado?   Crianças  
0 → F48
- F47.** Neste momento, quão necessários são serviços adicionais para tratar esses problemas? ☐  
0 – Nada 3 – Consideravelmente  
1 – Levemente 4 – Extremamente  
2 – Moderadamente
- F48.** Nos últimos 30 dias, você teve problemas para conviver bem com essas crianças (< 18) que moraram com você por pelo menos algum tempo? ☐  
0 – Nada 3 – Consideravelmente  
1 – Levemente 4 – Extremamente  
2 – Moderadamente
- F49.** Neste momento, quão importante é para você o aconselhamento (ex. aulas para pais) para ajudar a conviver melhor com essas crianças (< 18) que moraram com você? ☐  
– aconselhamento atual ou adicional  
0 – Nada 3 – Consideravelmente  
1 – Levemente 4 – Extremamente  
2 – Moderadamente
- F50.** Neste momento, você precisa de mais auxílio para cuidar das crianças a fim de participar do tratamento para drogas, trabalhar/estudar ou procurar trabalho? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
- F51.** Você já foi investigado ou esteve sob supervisão do Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? ☐ 1 – Sim, 0 – Não  
**[NOTA:** se 0 ou nunca teve filhos passe para seção psiquiátrica]
- F52.** Alguma vez um filho seu já foi retirado de casa pelo Conselho Tutelar ou outro programa? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
- F53.** Alguma vez seu poder de pai/mãe (pátrio poder) foi suspenso? ☐  
– teve seus direitos de ser pai/mãe (poder familiar) ou a guarda dos seus filhos retirados pela justiça 1 – Sim, 0 – Não
- F54.** Atualmente você está respondendo a processo de guarda, ou sendo investigado / supervisionado pelo Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? ☐ 1 – Sim, 0 – Não

## ASI6

**Psiquiátrico** – As questões seguintes são sobre qualquer tratamento ou avaliação que você tenha recebido para problemas psicológicos ou psiquiátricos.

- P1. Na sua vida, quantas vezes você foi internado por problemas psicológicos / psiquiátricos? ex. em hospital ou clínica (exclua int. por álcool/drogas)   Vezes
- P2. Na sua vida, você já recebeu prescrição de medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos?  1 – Sim, 0 – Não 0 → P4
- P3. Quantos dias você tomou medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos? A. Últ. 6 meses    B. 30 Dias   000 → P4
- P4. Na sua vida, quantas consultas ambulatoriais você teve para problemas psicológicos / psiquiátricos? – inclua avaliações individuais em consultório médico (pessoalmente) mesmo que não seguidas de tratamento. – também inclua atendimento primário/família para problemas psiquiátricos e monitorização de medicações para problemas psiquiátricos 0 – Nenhuma 3 – 26-50 sessões 1 – 1-5 sessões 4 – mais de 50 sessões 2 – 6-25 sessões A. Últ. 6 meses    B. 30 Dias   0 → NOTA
- P5. Quantas consultas ambulatoriais ou em consultório você teve?    000 → NOTA
- [NOTA: Se P1, P2, P4 são todas 0-Não, i.e. sem história de tratamento psiquiátrico, pule para P7]
- P6. Que idade você tinha quando foi avaliado ou tratado para problemas psicológicos ou psiquiátricos pela primeira vez?   Idade
- P7. Você atualmente recebe pensão (ou benefício) para incapacidade/invalidez psicológica?  1 – Sim, 0 – Não

As seguintes questões são sobre como você pode ter se sentido ou agido. Algumas questões são sobre como você já se sentiu ou se comportou em qualquer período da sua vida e outras são sobre os últimos 30 dias.

Código 0 – Não  
para A/B: 1 – Sim 2 – Sim, mas somente sob efeito de droga ou em abstinência.

[NOTA: Se o entrevistado concorda com um sintoma, i.e., “Sim” pergunte: “Isso foi APENAS sob efeito de droga ou em abstinência?” e codifique 1 ou 2 como apropriado.]

(P8 – P17): A. Na sua vida B. Durante qualquer um dos últimos 30 dias C. Há quantos dias você \_\_\_\_ pela última vez?

- Você (já): A. Na vida B. 30 Dias C. Dias Atrás
- P8. Teve dificuldades para dormir, manter o sono\*, ou acordar muito cedo?    \* dormir por toda a noite
- P9. Sentiu-se deprimido ou para baixo a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)?    – nos últimos 30 dias, codifique quaisquer dias 0 → P10

Você (já):

A. Na vida B. 30 Dias C. Qtos dias atrás

- P10. Sentiu-se ansioso, nervoso ou preocupado a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)? – para os últimos 30 dias, codifique quaisquer dias 0 → P11
- P11. Teve alucinações? – viu ou ouviu coisas que outras pessoas não viram ou ouviram    0 → P12 0 → P12
- P12. Teve dificuldade para pensar/ concentrar-se, compreender ou lembrar, ao ponto disso lhe causar problemas?    0 → P13 0 → P13
- P13. (Desde os 18 anos) Teve dificuldade para controlar seu temperamento, ou seus impulsos de bater ou ferir alguém?    0 → P14 0 → P14
- P14. (Desde os 18 anos) Empurrou, bateu, atirou coisas ou usou armas contra alguém?    0 → P15 0 → P15
- P15. Teve pensamentos sérios sobre suicídio (ou sobre se matar)?    0 → P16 0 → P16
- P16. Tentou o suicídio (se matar)?    0 → P17 0 → P17
- P17. Passou por outro problema psicológico ou psiquiátrico não mencionado ainda? ex. transtorno alimentar, mania, etc.

Especifique: \_\_\_\_\_

[NOTA: Se todas P9 – P17 são 0 – Não, i.e. sem sintomas ou problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias, pule para P21]

(P18 – P20) Nos últimos 30 dias:

– exclua P8 (problemas com o sono) para P18 – P21

- P18. Quantos dias você teve esses problemas psicológicos ou psiquiátricos?   Dias
- P19. Quantos dias você esteve incapaz de exercer as suas atividades normais por causa dos problemas psicológicos ou sintomas psiquiátricos?   Dias
- P20. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas psicológicos ou psiquiátricos? 0 – Nada 3 – Consideravelmente 1 – Levemente 4 – Extremamente 2 – Moderadamente
- P21. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para problemas psicológicos / psiquiátricos? 0 – Nada 3 – Consideravelmente 1 – Levemente 4 – Extremamente 2 – Moderadamente

G15. Hora de Término:

**Comentários:**

---



---



---



---



---

**ASI6**

**Taxa global de confiabilidade do entrevistado / Validade da entrevista e dos escores:**

*Leve em conta a aparente capacidade e disposição do respondente para entender as questões, fornecer estimativas precisas e pensadas, além de responder honestamente. No geral, o respondente forneceu informação que é:*

**1 – Ruim,                      2 – Satisfatória,                      3 – Boa**

☐

**Ruim:** Muitos itens são provavelmente imprecisos, foram recusados, e/ou o perfil das respostas é contraditório ou sem sentido.

**Satisfatória:** Numerosas aparentes imprecisões, recusas, e ou inconsistências, mas o perfil geral das respostas parece razoável, exceto em 1 ou 2 áreas-problema (sub-escalas) do instrumento (ASI6).

**Boa:** Algumas/poucas imprecisões aparentes, recusas e/ou inconsistências, mas o perfil geral das respostas parece avaliar bem o respondente.



ASI6

## *Lista de Álcool e Outras Drogas*

**Álcool** – cerveja, vinho, “coolers”, destilados, licores, absinto, bira, birita, cachaça, caipirinha, cana, caninha, chope, conhaque, gin, graspa, licor, martini, rum, tequila, vinho, vodka, whisky e demais bebidas alcoólicas.

**Maconha** – cannabis, haxixe, THC (delta-9-tetrahydrocannabinol), *Cannabis sativa* (latim), erva, baura, bolo, fumo, pega, ponta, beck, baseado, bagulho, breu, fino, marijuana, mary jane, verdinha, pasto, perna de grilo, grama, capim, dar um tapa, tapão, hemp, dólar, pacau, bhang, bong (persa), ganja (Jamaica), cânhamo (espanhol), charas (oriental), bomba, bob marley, bunfa, chá, cachimbo da paz, camarão, cangonha, canjinha, capucheta, carne-seca, caroço, coisa, come-e-dorme, erva-do-diabo, cigarrinho do capeta, jacuzinha, madeira, maluquinha, manga-rosa, preta. AMP, Skunk, skank (maconha “de laboratório”, “supermaconha”).

**Sedativos** – Barbitúricos – Gardenal, Seconal, Nembutal, Tiopental, Fenobarbital, Fenocris, Edhanol, Fenitoína, Dialudon, Epelin, Fenital, Hidantal. Benzodiazepínicos – diazepam (Valium, Calmociteno, Daizefast, Dienpax, Noan, Valix, Compaz, Somaplus, Ansilive, Letansil), clobazam (Frisium, Urbanil), clonazepam (Clonotril, Clonazepam, Rivotril), clordiazepóxido (Limbitrol, Psicosedín, Menotensil), cloyazolam (Clozal, Elum, Olcadil), alprazolam (Altrox, Aprax, Alpraz, Frontal, Tranquinal, Xanax, Mesmerin), lorazepam (Lorazefast, Lorazepam, Lorax, Mesmerin, Ativan, Lorium), flunitrazepam (Rohypnol), flurazepam (Dalmadorm, Dalmame), bromazepam (Lexotan, Bromopirin, Bromoxon, Brozepax, Deptran, Lexfast, Neurilan, Novazepam, Relaxil, Somalium, Sulpan, Unibromazepam, Nervium), midazolam (Dormonid, Dormium, Dormire), nitrazepam (Nitrazepol, Sonebon), oxazepam (Serax), triazolam (Halcion).

**Cocaína / Crack** – pó, branca, branquinha, farinha, coca, epadu, neve, brisola, bright, brilho, pico, basuko, pedaço, ratatá, tiro, carreira, tema, material, cor, perigo, noia, poeira, novidade, cheiro, branca, brisa, talco, pamonha, cristina, priza, osso moido, osso do diabo, papel, “crack”, free-base, rock, pedra, stone, macaquinho, merla, mel, melado.

**Estimulantes** – anfetaminas, bolinhas, boleta, Dualid, Hipofagin, Inibex, Ritalina, Preludin, rebites, femproporex, anfepramona, Moderine, Fluril e Fluramina Adderall, Dexedrine (dexfenfluramina), Cylert (pemolide); Absten, Dobesix e Fagolipo (mazindol). Metanfetaminas – crystal meth ou crystal, ice, monster, crank, chalk, speed, meth, glass, droga “dos internautas”, “pílula do vento” ou “pílula do medo”.

**Alucinógenos** – LSD, ácido, bad trips, selo, selinho, PCP, “pó de anjo”, mescalina, psilocibina, cogumelos, MDMA, Ecstasy, “X”, “green”, Ayahuasca (Chá do Santo Daime, yajé, caapi, vinho de Deus), 2CB (4-bromo-2,5-dimetoxifenetilamina) e 2-CT-7 (2,5-dimetoxi-4(n)-propiltiofenetilamina), 4MTA (metiltioanfetamina), PMA (para-metoxianfetamina) e PMMA (para-metoximetilanfetamina), “Mitsubish”.

**Heroína** – cavalo, cavalo branco, horse, smack, tar, black, tan, marrom, brown stone, brown sugar, açúcar, açúcar mascavo, cavaleta, chnoux, H, heroa, pó, poeira, castanha, merda, bomba, veneno, burra, gold, bacalhau, elixir, baque, cocada preta.

**Outros Opióides** – Demerol, ópio, codeína, petidina, percocet/percodan, darvon/darvocet, xaropes (elixir paregórico), morfina (dimorf), metadona (metadon), etorfina, levorfanol, fentanil, sufentanil, butorfanol, buprenorfina (temgesic), naloxona (narcan), naltrexona (revia), diprenorfina, β-funaltrexamina, naloxonazina, nalorfina, pentazocina, nalbufina (nubain), dinorfina, tramadol (anangor, dorless, sylador, timasen, tramadon, tramal, zamadol), meperidina (dolantina, dolosal, dornot), propoxifeno, ópio, naltrindol, bromazocina, DAMGO, CTPO, DPDPE, DSLET, LAAM.

**Inalantes** – cola, óxido nítrico (gás do riso), solventes, gasolina, tintas, tiner, sprays de tinta, desodorante, lança-perfume, detergentes, gás de isqueiro, acetona, cheirinho, cheirinho da loló, loló, cimento de borracha, cimento, PVC, cola de avião, cola de sapateiro, esmalte, gasolina, tinta spray, vernizes.

**Outros** – Esteróides e anabolizantes, pílulas para dieta ou sono sem prescrição, ketamina ou “special K” ou Vitamina K, GHB & GLB ou GHB (sopa) – é um depressor. Incluir medicações desconhecidas.



ASI6

## ***Principais Grupos de Ocupação***

- 1 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas**  
(ex. engenheiros, cientistas da computação, cientistas naturais e sociais, profissionais da área da saúde, trabalhadores sociais e religiosos, professores, advogados, artistas e atletas)
- 2 – Ocupações Executivas, Administrativas e Gerenciais**  
(ex. chefes executivos, diretores, gerentes, contadores)
- 3 – Ocupações de Venda**  
(ex. corretores de seguro e imóveis, representantes comerciais, varejista, caixa de banco/supermercado)
- 4 – Ocupações de Apoio Administrativo e de Escritório**  
(ex. supervisores, operadores de computador, secretárias, recepcionistas, balconistas, despachantes, avaliador de seguros, funcionário de banco, ajudantes de professores)
- 5 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto**  
(ex. mecânicos, reparador de equipamentos, pedreiros, colocador de tapetes, eletricitas, pintores, colocadores de telhado, metalúrgicos, estofadores, açougueiro, padeiro, montadores de equipamentos eletrônicos, calibrador, operadores de sistema hidráulicos)
- 6 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores**  
(ex. operador de máquina têxtil, metal, plástico, madeira, soldador, cortador, montadores, checadores, separador)
- 7 – Ocupações de Transporte e Mudança**  
(ex. motoristas de todos os tipos, atendentes de estacionamento, operador de guindaste e guias, marinheiros e taifeiros (ajudante de convés))
- 8 – Serviços Gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar e Operário**  
(ex. pescadores, jardineiros, silvicultores (madeireiros), lenhadores, ajudantes de mecânico, auxiliares de construção e produção, garis (lixeiros), estoquistas e empacotadores)
- 9 – Ocupações de Serviço, exceto Empregados Domésticos**  
(ex. serviços de proteção – bombeiros, policiais, guardas; serviços alimentícios – cozinheiros; auxiliar contábil, assistentes de balcão (atendentes); serviços de saúde – assistentes de dentista, auxiliares de enfermagem, serventes de hospital; serviços de limpeza e construção – zeladores, empregados e seus supervisores; serviços pessoais – barbeiros, lanterninhas de cinema, auxiliares de serviço social ou previdência social, recreacionistas, porteiros e seus supervisores)
- 10 – Fazendeiro ou Gerente/Administrador de Fazenda**
- 11 – Trabalhadores Rurais**
- 12 – Militar**
- 13 – Empregados Domésticos**  
(ex. babás, mordomo, governanta, empregada doméstica,...)
- 14 – Outra**

ASI6

***Escala de Intensidade***

0 – Nada

1 – Levemente

2 – Moderadamente

3 – Consideravelmente

4 – Extremamente

### ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO ADDICTION SEVERITY INDEX 6

<b>Assunto:</b>	Re: Autorização para utilização da escala de gravidade
<b>De:</b>	<a href="mailto:Kessler.ez@terra.com.br">Kessler.ez@terra.com.br</a>
<b>Para:</b>	<a href="mailto:fernanda_capistrano@yahoo.com.br">fernanda_capistrano@yahoo.com.br</a>
<b>Data:</b>	Quinta-feira, 18 de junho de 2015 11:04

Claro, parabéns pela iniciativa, é um projeto muito interessante. Conte com a minha ajuda. A escala já tem domínio público. Favor consultar a minha tese de doutorado, que está disponível no Google, e também o nosso site [www.cpad.org.br](http://www.cpad.org.br) em escalas para download. Ok?

Enviada do meu iPhone

## ANEXO 4 - AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO

<b>Assunto:</b>	Re: Autorização para uso do instrumento Medida de Adesão aos Tratamentos
<b>De:</b>	Luísa Lima (luisa.lima@iscte.pt)
<b>Para:</b>	<a href="mailto:fernanda_capistrano@yahoo.com.br">fernanda_capistrano@yahoo.com.br</a>
<b>Data:</b>	Segunda-feira, 7 de novembro de 2016 21:58

Cara Fernanda,

Muito obrigada pelo seu contacto e pelo seu interesse no nosso trabalho.

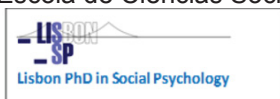
Autorizo a utilização da MAT, desde que a referencie correctamente em publicações futuras desta investigação :

Delgado, A.B., & Lima, M.L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia: Saúde e Doenças*, 1, 81-100.

Com os melhores cumprimentos, desejo-lhe os melhores sucessos.

Luisa Lima

Luisa Pedroso de Lima  
Professora Catedrática  
Departamento de Psicologia Social e das Organizações  
Escola de Ciências Sociais e Humanas do ISCTE-IUL



## ANEXO 5 – INSTRUMENTO MEDIDA DE ADEÇÃO AOS TRATAMENTOS

1 – Alguma vez o (a) senhor (a) se esqueceu de tomar algum dos medicamentos para o transtorno mental?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2 – Alguma vez o (a) senhor (a) se descuidou com o horário de tomar os medicamentos para o transtorno mental?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3 – Alguma vez o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos para o transtorno mental, por sua iniciativa, por ter se sentido melhor?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4 – Alguma vez o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos para o transtorno mental, por sua iniciativa, após ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5 – Alguma vez o (a) senhor (a) aumentou a dose dos medicamentos que estavam prescritos para o transtorno mental, por sua iniciativa, após ter se sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6 – Alguma vez o (a) senhor (a) interrompeu o tratamento para o transtorno mental por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7 – Alguma vez o (a) senhor (a) deixou de tomar os medicamentos para o transtorno mental por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

## ANEXO 6 – CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DE TREINAMENTO PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO C-SSRS

1/30/2017

Certificate

RFMH



### Certificate of Completion

**Aline Zerwes**

Has successfully completed

### **RFMH-A028a - The C-SSRS Training – Portuguese - V.1.1**

This is the training component containing the video presentation and 8 case studies for you to review. Presented by Kelly Posner, PHD -Copyright- Research Foundation for Mental Hygiene -RFMH. Completion certificate is valid for a maximum of 2 years.

on Monday, January 30, 2017 at 8:51 AM.

Kelly Posner, Ph.D.

Trainer

Director, Center for Suicide Risk Assessment

## ANEXO 7 – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ADESÃO AO TRATAMENTO PELA PESSOA COM TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

**Pesquisador:** Mariluci Alves Maftum

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 66929617.0.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.033.006

#### Apresentação do Projeto:

Protocolo oriundo do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; trata-se de pesquisa exploratória e epidemiológica observacional transversal em Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) que pretende avaliar a adesão ao tratamento relativo ao uso de substâncias utilizando-se de métodos quali e quantitativos.

Pesquisadores: Profa. Dra. Mariluci Alves Maftum; e colaboradores Aline Cristina Zerwes Ferreira e Fernanda Carolina Capistrano

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do estudo é analisar a adesão ao tratamento ao transtorno relacionado ao uso de substâncias, na perspectiva da pessoa com o transtorno, do familiar e da equipe multiprofissional

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos envolvidos dizem respeito ao participante em relembrar e/ou verbalizar situações que tenham sido vivenciadas por ele de maneira desagradável e os benefícios relacionam-se a contribuição e favorecimento da manutenção do estado de saúde das pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e a melhora da adesão ao tratamento.

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.060-240

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 2.033.006

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa mostra-se relevante e com uma metodologia bem delineada. Ressalta-se a preocupação com o conteúdo dos instrumentos e os procedimentos de minimização e atendimento caso seja necessário, principalmente no que diz respeito à ideação suicida.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos adequados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_899238.pdf	11/04/2017 09:47:30		Aceito
Outros	extrato_de_ata.pdf	11/04/2017 09:45:33	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Descricao_da_pesquisa.docx	10/04/2017 20:59:11	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	CHECKLIST.pdf	10/04/2017 20:58:04	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Profissionais_de_Saude.docx	10/04/2017 20:57:29	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Familiares.docx	10/04/2017 20:57:04	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Paciente_Pesquisa_Qualitativa.docx	10/04/2017 20:56:52	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Paciente_Pesquisa_Quantitativa.docx	10/04/2017 20:56:28	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Termo_de_Responsabilidade_no_projeto.pdf	10/04/2017 20:55:39	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_para_utilizacao_de_dados_de_arquivos.pdf	10/04/2017 20:54:50	Mariluci Alves Maftum	Aceito

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 2.033.006

Outros	termo_de_compromisso_para_inicio_da_pesquisa.pdf	10/04/2017 20:53:34	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Declaracao_de_uso_especifico.pdf	10/04/2017 20:52:12	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Declaracao_de_tornar_publico_os_resultados.pdf	10/04/2017 20:51:05	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	10/04/2017 20:49:52	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Analise_de_merito.pdf	10/04/2017 20:49:12	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Oficio_do_Pesquisador_encaminhando_projeto CEP.pdf	10/04/2017 20:47:03	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Plataforma_Brasil.pdf	10/04/2017 20:33:28	Mariluci Alves Maftum	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 26 de Abril de 2017

---

**Assinado por:  
IDA CRISTINA GUBERT  
(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.060-240

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

## ANEXO 8 – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ADESÃO AO TRATAMENTO PELA PESSOA COM TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

**Pesquisador:** Mariluci Alves Maftum

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 66929617.0.3001.0101

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.071.351

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de doutoramento. O presente estudo sobre a temática da adesão ao tratamento pela pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas será desenvolvido por meio da abordagem quantitativa e da abordagem qualitativa com o método exploratório. O desenvolvimento do estudo compreenderá o período de 2017 a 2020, e será realizado nos cinco Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do município de Curitiba, que prestam atendimento a adultos com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Serão participantes da pesquisa pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, familiares e equipe multiprofissional. A coleta dos dados quantitativos envolverá instrumentos estruturados que serão aplicados a 600 pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas - a amostra foi estabelecida por cálculos estatísticos. Os dados das pesquisas qualitativas serão coletados por meio de entrevista semiestruturada e o número de participantes será estabelecido pela saturação dos dados, porém serão entrevistados no mínimo 20 participantes de cada grupo, totalizando 60 entrevistas minimamente. Os dados relacionados à fase quantitativa serão analisados pelo método descritivo e inferencial. Os dados oriundos das entrevistas semiestruturadas serão analisados a luz da Análise e

**Endereço:** Rua Atílio Bório, 680

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 80.050-250

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-4961

**Fax:** (41)3360-4965

**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.071.351

Interpretação de Dados Qualitativos proposto por Creswell.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Analisar a adesão ao tratamento na perspectiva da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, do familiar e da equipe multiprofissional.

Apresenta 12 objetivos específicos:

1. Conhecer a percepção da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas sobre a sua adesão ao tratamento;
2. Conhecer a percepção da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas sobre os fatores que interferem na sua adesão ao tratamento;
3. Conhecer a percepção da família sobre a adesão ao tratamento pelas pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
4. Conhecer a percepção da equipe multiprofissional de saúde sobre a adesão ao tratamento pelas pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
5. Caracterizar o perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
6. Verificar a adesão da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas à terapêutica medicamentosa;
7. Descrever o nível de informação da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas em relação a terapêutica medicamentosa;
8. Avaliar o estágio motivacional para a mudança de comportamento da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
9. Descrever a capacidade cognitiva da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
10. Verificar o risco de suicídio em pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
11. Analisar as associações entre as variáveis do perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico; nível de informação em relação ao tratamento e o estágio motivacional da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas com o desfecho: adesão a terapêutica medicamentosa;
12. Analisar as associações entre as variáveis do perfil demográfico, socioeconômico, clínico e farmacoterapêutico, o estágio motivacional e adesão a terapêutica medicamentosa da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas com o desfecho: risco de suicídio.

**Endereço:** Rua Atilio Bório, 680

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 80.050-250

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-4961

**Fax:** (41)3360-4965

**E-mail:** [etica@sms.curitiba.pr.gov.br](mailto:etica@sms.curitiba.pr.gov.br)

## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.071.351

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Esta pesquisa possui risco do participante em lembrar e/ou verbalizar situações que tenham sido vivenciadas por ele de maneira desagradável ou sofrida, entretanto, todas as medidas relacionadas à sua privacidade e conforto, bem como os esclarecimentos pertinentes serão garantidos. Os instrumentos de coleta de dados são muitos e podem ser extremamente cansativos. Benefícios: Os benefícios esperados com essa pesquisa estão relacionados a contribuição e favorecimento da manutenção do estado de saúde das pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e a melhora da adesão ao tratamento. Todos serão beneficiados com os resultados alcançados nesta pesquisa, principalmente as pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, familiares e equipe multiprofissional, conforme já exposto nos antecedentes científicos.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Nas pesquisas quantitativas, expressas pelos objetivos específicos 5 ao 12, as 7 hipóteses a serem testadas são:

- O perfil demográfico, socioeconômico, familiar, clínico e farmacoterapêutico influencia a adesão a terapêutica medicamentosa da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas;
- O baixo nível de informação acerca da terapêutica medicamentosa interfere negativamente na adesão ao tratamento;
- Os estágios motivacionais de pré-contemplação e contemplação dificultam a adesão a terapêutica medicamentosa;
- Apresentar nível alto de gravidade da dependência química está relacionada a dificuldade de adesão a terapêutica medicamentosa;
- Apresentar índices baixos de adesão a terapêutica medicamentosa favorece maior risco de suicídio;
- Apresentar nível alto de gravidade da dependência química está relacionada a um maior risco de suicídio;
- O perfil demográfico, socioeconômico, familiar, clínico, terapêutico, farmacoterapêutico e de adesão a terapêutica medicamentosa influencia no risco de suicídio da pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Esta pesquisa será realizada nas dependências dos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD) do município de Curitiba: Bairro Novo, Boa Vista, Cidade Industrial de Curitiba (CIC), Cajuru e Portão.

As pesquisas quantitativas são do tipo epidemiológica observacional transversal, com estimativa

**Endereço:** Rua Atílio Bório, 680

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 80.050-250

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-4961

**Fax:** (41)3360-4965

**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br



## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.071.351

de 600 participantes, recrutados pela amostragem sistemática em 5 CAPs AD em Curitiba. O período da coleta dos dados quantitativos está previsto para julho de 2017 a agosto de 2018. Será realizado por meio de entrevistas estruturadas, agendadas previamente, de acordo com o horário de preferência do participante e em local disponibilizado pela coordenação do serviço. As pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas serão recrutadas no transcorrer da assembleia e no início dos grupos terapêuticos. O recrutamento dos familiares de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas ocorrerá no transcorrer do grupo terapêutico familiar, dos profissionais de saúde ocorrerá na reunião da equipe multiprofissional, momento em que todos os profissionais de saúde se reúnem para discutir os casos clínicos, as atividades do serviço e as questões estruturais e administrativas. A descrição da pesquisa não elucida quanto serão os participantes de cada grupo.

Para a coleta dos dados quantitativa será utilizado sete instrumentos estruturados: formulário elaborado pelos pesquisadores, o Montreal Cognitive Assessment, o Instrumento de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), o instrumento de avaliação do nível de conhecimento sobre a prescrição de medicamentos, o University of Rhode Island Change Assessment Scale, o Addiction Severity Index versão 6 light e o Columbia-Suicide Severity Rating Scale. O formulário estruturado foi elaborado pelos pesquisadores do projeto e é composto por 38 questões divididas em três blocos que buscam contemplar a caracterização demográfica e socioeconômica, clínica e farmacoterapêutica do participante. Será validado anteriormente. Para as pesquisas qualitativas participarão no mínimo 60 pessoas e serão utilizados três instrumentos: um para a pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, um para familiares e um para a equipe multiprofissional. Cada um dos instrumentos será constituído por duas partes distintas: a primeira referente à identificação e a caracterização dos participantes, enquanto a segunda é composta por questões abertas voltadas ao objeto de estudo – adesão ao tratamento pela pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias. Os apêndices não estão anexados na PB.

Destaca-se que para todos os instrumentos anteriormente citados, serão utilizados dados do prontuário do paciente para complementação dos dados, caso haja necessidade, ou para contrastar as informações. A análise dos dados qualitativos será realizada pela Análise e Interpretação de Dados Qualitativos proposto por Creswell (2007).

### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados estando em conformidade às recomendações da Res. CNS 466/12.

### Recomendações:

Há apontamento no projeto que após a aplicação do instrumento de risco de suicídio, caso o

<b>Endereço:</b> Rua Atílio Bório, 680	<b>CEP:</b> 80.050-250
<b>Bairro:</b> Cristo Rei	
<b>UF:</b> PR	<b>Município:</b> CURITIBA
<b>Telefone:</b> (41)3360-4961	<b>Fax:</b> (41)3360-4965
<b>E-mail:</b> etica@sms.curitiba.pr.gov.br	

## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.071.351

paciente apresente ideação suicida ativa com algum método, sem intenção de agir ou com alguma intenção de agir ou algum comportamento suicida, este será encaminhado para atendimento com seu técnico de referência no CAPS AD com objetivo de prevenir o suicídio. Esta informação consta no TCLE para pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias – estudo quantitativo. Salienta-se que o ônus não deverá/poderá ser da instituição participante do estudo (SMS-Curitiba), sendo assumido integralmente pelos pesquisadores.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O estudo é de grande relevância social, mostra-se importante por possibilitar a construção do conhecimento sobre os principais aspectos que envolvem essa realidade e favorecer mudanças expressivas na prática profissional em saúde mental a partir de estratégias de intervenção mais próximas a realidade investigada. Deve-se apontar para a possível dificuldade em obter o número de participantes, de liberação de sala para entrevistas nos locais pesquisados, da exposição dos pacientes a vários instrumentos de análise com questionamentos longos e impossibilidade de atendimento pelos profissionais dos CAPs em caso de ideação suicida. A pesquisa tem sua viabilidade aprovada desde que compreendidas e respeitadas essas condições descritas, cabendo ao pesquisador assumir integralmente todas essas questões. É preciso, em particular, ajustar horários e locais para realização da pesquisa com chefias e coordenações de serviços pretendidos.

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer do relator.

### **Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_899238.pdf	11/04/2017 09:47:30		Aceito
Outros	extrato_de_ata.pdf	11/04/2017 09:45:33	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_899238.pdf	10/04/2017 21:06:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Descricao_da_pesquisa.docx	10/04/2017 20:59:11	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	CHECKLIST.pdf	10/04/2017 20:58:04	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Profissionais_de_Saude.docx	10/04/2017 20:57:29	Mariluci Alves Maftum	Aceito

**Endereço:** Rua Atílio Bório, 680

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 80.050-250

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-4961

**Fax:** (41)3360-4965

**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br



# SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 2.071.351

Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Profissionais_de_Saude.docx	10/04/2017 20:57:29	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Familiares.docx	10/04/2017 20:57:04	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Paciente_Pesquisa_Qualitativa.docx	10/04/2017 20:56:52	Mariluci Alves Maftum	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_TCLE_Paciente_Pesquisa_Qualitativa.docx	10/04/2017 20:56:28	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Termo_de_Responsabilidade_no_projeto.pdf	10/04/2017 20:55:39	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_para_utilizacao_de_dados_de_arquivos.pdf	10/04/2017 20:54:50	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_para_inicio_da_pesquisa.pdf	10/04/2017 20:53:34	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Declaracao_de_uso_especifico.pdf	10/04/2017 20:52:12	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Declaracao_de_tornar_publico_os_resultados.pdf	10/04/2017 20:51:05	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	10/04/2017 20:49:52	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Analise_de_merito.pdf	10/04/2017 20:49:12	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Outros	Oficio_do_Pesquisador_encaminhando_projeto_CEP.pdf	10/04/2017 20:47:03	Mariluci Alves Maftum	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Plataforma_Brasil.pdf	10/04/2017 20:33:28	Mariluci Alves Maftum	Aceito

## Situação do Parecer:

Aprovado

## Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 18 de Maio de 2017

Assinado por:  
**SAMUEL JORGE MOYSÉS**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-4961

Fax: (41)3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br